

INSCRIPTION ACTIVITES VACANCES

Automne 2017

SESSION : du Lundi 30 octobre au Vendredi 3 novembre 2017

Du Lundi au Vendredi (sauf le Mercredi jour férié)

60 Euros

NOM :
Né le : _____

PRENOM :
AGE :

GROUPE DES PETITS
 4 – 6 ans

GROUPE DES GRANDS
 7 – 12 ans

Père

Mère

Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 Code postal :
 Ville :
 Tél :
 Portable :
 e-mail :

Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 Code Postal :
 Ville :
 Tél :
 Portable :
 e-mail :

- Joindre une photo d'identité récente de l'enfant
- Joindre une attestation d'assurance civile 2017/2018

Je soussigné (e) père, mère, tuteur de(s) enfant(s)

Nom :	Prénom :
Nom :	Prénom :
Nom :	Prénom :

L'(les) autorise(nt) à **quitter** l'Institut al-Andalous, **seul, dès la fin des activités.**

Ne l'(les) autorise(nt) pas à **quitter** l'Institut al-Andalous, **seul, dès la fin des activités.**

Cadre réservé à l'administration

Dossier complet : Oui Non
 Mode de Paiement : Chèque CB Espèces

Réglé le :

FICHE SANITAIRE

NOM :

PRENOM :

GROUPE : P – G

Coordonnées du médecin traitant :

Nom	Adresse	Téléphone

L'enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite des précautions à prendre, des éventuels soins à apporter, ou des informations à transmettre à l'enseignant ?

Oui Non

Si oui, veuillez le préciser par écrit :

Renseignements concernant la ou les personnes à prévenir en cas d'urgence autres que les parents :

Parenté avec l'enfant	Nom, Prénom	Téléphone fixe Téléphone portable	Adresse

➤ **Autorisation de prise en charge de l'enfant**

Je soussigné (e)père, mère, tuteur de(s) enfant(s)

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

En cas d'urgence, j'autorise les animateurs responsables à prendre toutes les dispositions nécessaires pour que les soins médicaux soient prodigués à mon enfant, et à faire appel au SAMU, le cas échéant.

Oui Non

*L'Institut se réserve le droit de filmer ou photographier les élèves dans le cadre de ses activités et de diffuser ces images. Toute objection devra être signifiée **par écrit** au moment de l'inscription.*

Date :

Signature :

AUTORISATION PARENTALE

Vacances d'automne 2017

JE SOUSSIGNE(E) :

DOMICILIE :

☎ Domicile/...../...../...../.....

Portable :/...../...../...../.....

Courriel :@.....

Agissant en qualité de : PERE MERE TUTEUR TUTRICE

De l'enfant :

NOM :

PRENOM :

Déclare l'autoriser à participer à toutes les sorties proposées par l'Institut Al-Andalous dans le cadre du programme de **Vacances de la Toussaint 2017.**

J'atteste que mon enfant est assuré en responsabilité civile et corporels

J'ai fourni une attestation d'assurance en cours de validité.

En cas d'urgence, j'autorise les animateur(trice)s responsables à prendre toutes les dispositions nécessaires pour que les soins médicaux soient prodigués à mon enfant, et faire appel au SAMU, le cas échéant OUI NON

Je donne mon accord pour que mon enfant soit photographié à l'occasion de ces activités. J'autorise également l'utilisation de ces photographies pour les actions de communication de l'Institut al-Andalous, dans le but d'illustrer des articles de presse, des brochures ou des vidéos sur notre site ayant trait aux activités de l'Institut al-Andalous et ceci à des fins non commerciales. OUI NON

Date et signature :

A faire précéder de la mention « LU et APPROUVE »