



FICHE D'INSCRIPTION ENFANT

ANNEE 2020/2021

Je soussigné :

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Courriel Mère (1) :@.....

Courriel Père (1) :@.....

Tel. Portable Mère (1)	Tel. Portable Père(1)	Tel. professionnel

(1) Si parents séparés préciser les adresses courriels ainsi que les tel du père et de la mère

Inscrit mon (es) Enfant (s)	NOM	Prénom	Date de naissance		
			JJ	MM	AAAA

J'autorise KOROLLERION à publier sur son site web institutionnel et autres publications KOROLLERION, photos ou vidéos représentant mon enfant dans le cadre strict de ses activités liées à l'association.

Je peux ponctuellement, pour l'organisation d'activités en cours d'année, apporter bénévolement mon aide. Je précise mes "domaines de compétences" :

- aide "logistique"(préparation salle...) Bricolage Aide à la préparation des repas Gâteaux
 Informatique Photos Montage photos vidéos Comptabilité Couture Broderie

A Baden le2020

Signature :

REGLEMENT JOINT : 40€ /35€ (pour les enfants inscrits en 2019 2020)

Chèque n° Banque.....
(Si le chèque est à un nom différent, indiquer le nom de l'adhérent au dos du chèque)

Espèces

Courriel : korollerion56.baden@netcourrier.com – Site: www.korollerion-baden56.fr

Tel. : 06 59 70 44 63 (Elodie, animatrice) Tel. 06 38 65 37 60 (Korollerion)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LA SANTE DE L'ENFANT :

- L'enfant est-il allergique ? Si oui précisez la nature, la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....

- L'enfant a-t-il des difficultés de santé ? Si oui précisez lesquelles et quelles sont les précautions à prendre :

.....
.....

- Recommandations utiles des parents :

.....
.....

AUTORISATION MEDICALE :

Je soussigné M. ou Mme.....

Père, mère, tuteur de l'enfant (des enfants)

.....

Autorise l'animatrice du cours enfants et les responsables de l'Association à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence, auprès du médecin ou d'un établissement de soins et autorise ces derniers à pratiquer toutes interventions nécessaires.

Personne à contacter en cas d'urgence.....

Adresse.....

Tel. Portable	Tel. Fixe	Tel. professionnel

Médecin de famille

Nom.....

Adresse.....

Tél. :

Fait à :

Le :

Signature :



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e) :.....

Autorise :

Elodie JUDE et/ou Marie-France GAGNON et/ou Michèle QUEDINIAC

et/ou Dominique CAUQUIL, et/ou Catherine DEGROOTE à prendre en charge mon enfant :

NOM.....Prénom.....

à la sortie de l'école ou du centre de loisirs pour le conduire au Seniz ou au Gréo, le lundi en période scolaire, pour assister au cours de danse bretonne enfant.

A l'issue du cours :

mon enfant sera récupéré par :
(prévenir Elodie par sms (tel. 06 59 70 44 36) ou Josette (06 85 67 37 79) si récupération exceptionnelle par autre personne

mon enfant devra être confié à la garderie

Fait à Baden, le2020

Signature :