



FICHE D'INSCRIPTION ENFANT

ANNEE 2018/2019

Je soussigné :

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Courriel (1) :@.....

Courriel (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 Orderie Autres

A Baden le2018

Signature :

REGLEMENT JOINT : 40€ (ne pas séparer)

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@laposte.net – 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 sa maman Elisabeth BONI et/ou Marie-France GAGNON, à prendre en charge mon enfant :

NOM.....Prénom.....

à la sortie de l'école ou du centre de loisirs pour le conduire à la salle municipale, le mardi 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) si récupération exceptionnelle par autre personne)
- mon enfant devra être confié à la garderie

Fait à Baden, le2018

Signature :