

COORDONNEES :

L'ENFANT :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

J'inscris mon/mes enfant(s) :

- 1ere semaine : **du 7 au 9 juillet 2021** : OUI - NON
- 2eme semaine : **du 12 au 13 et du 15 au 16 juillet 2021**: OUI- NON
- 3ème semaine : **du 19 au 23 juillet 2021** : OUI - NON
- Par JOUR : 7, 8, 9, 12, 13, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 23 (entourer les jours souhaités)

LES RESPONSABLES :

Lien de parenté :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

N° tel :

Courriel :

@.....

Lien de parenté :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

N° tel :

Courriel :

@

Autre Personne : Nom

Adresse :

Ville :

Code postal

N° téléphone :

Courriel :

FICHE SANITAIRE :

- Remplir le **questionnaire santé mineur** (arrêté du 7 mai 2021) . Ce document est téléchargeable sur notre site internet à l'onglet « Fiche d'inscription ». Ce document est confidentiel et doit rester en votre possession. Il ne doit pas nous être transmis.

- Allergies connues :

.....

- Régime alimentaire particulier :

.....

- Asthme :

.....

Autorisation parentale de prise en charge médicale :

Nous, soussignés :

Parents de l'enfant, autorisons son transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU).

- Veuillez nous signaler tout élément que vous jugerez utile de porter à notre connaissance (santé, propreté) :

TARIFS : Voir feuille annexe

Pour les enfants non-inscrits à l'association, ajouter 10€ d'inscription annuelle (assurance)

Soit au total :

- | | | | |
|---|---------------|---------|---|
| - Inscriptions à la journée, : | X | = | € |
| - Inscription à la semaine : N° 2 | 72€ X | = | € |
| - Inscriptions à la semaine : N° 3 | 90€ X | = | € |
| - Inscription aux semaines 2 et 3 | 152 € x | = | € |
| - Réduction : | | = | € |
| - Inscription à l'association : 0 € ou 10 € | | = | € |

TOTAL : =€

o Possibilité de payer en deux chèques.

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e)

- J'autorise M/Mme à prendre en charge mon enfant entre 17h00 et 18h30 au siège de l'ASMP.
- J'autorise mon enfant , à rentrer seul entre 17h00 et 18h30 du siège de l'ASMP.
- Je viendrai récupérer mon enfant , au siège de l'ASMP entre 17h00 et 18h30.
-

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e)..... , autorise mon enfant..... à être photographié ou filmé. Ces éléments pourront être utilisés pour l'information locale (expositions, site internet).

OUI ☐

NON ☐

Cochez la case souhaitée

Je reconnais avoir lu le document précisant les modalités du stage, les statuts et le règlement intérieur, consultables sur le site internet de l'association et au bureau.

Ne pas apporter d'objet de valeur. L'association décline sa responsabilité en cas de casse, de vol ou de dégradation d'objets personnels.

Le dossier complet doit être transmis par courriel à secretariat@asmp.asso.fr ou par courrier au 21 Allée de Bellevue au Perreux sur Marne. Pour toute question concernant le stage : ludicb94@gmail.com

Date le ://

Signature :