|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4'momes | **FICHE D’INSCRIPTION****SECTEUR JEUNE** **Catt’Mômes Express** | E4-101-A |
| Page 1/2 |

**Semaine du 06 au 10 Juillet 2020** [ ] **Semaine du 13 au 17 Juillet 2020** [ ] **Semaine du 20 au 24 Juillet 2020** [ ]  |  |

|  |
| --- |
| Renseignements concernant l’adolescent : |

|  |
| --- |
| **Nom et téléphone du médecin traitant :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **Nom-Prénom :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **né(e) le :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.**Lieu de naissance :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**Adresse complète :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**Tél. Portable :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**Régime alimentaire :** Choisissez un élément. |

|  |
| --- |
| Renseignements concernant les parents : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Père Responsable légal** [ ]  | **Mère Responsable légal** [ ]  |
| **Nom - Prénom** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Adresse complète** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Tél. domicile** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Tél. Portable** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Adresse e-mail** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Profession** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Nom et Adresse Employeur** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Tél. Employeur** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **N° de sécurité social (obligatoire)** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Etes-vous allocataire de la Caisse d’Allocations Familiales de la Moselle**

**oui** [ ]  **non** [ ]

**Si oui – n° Allocataire :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Nombre d’enfants à charge :** Choisissez un élément.

|  |
| --- |
| Personne à contacter en cas d’urgence, si les parents ne sont pas joignables : |
| **Nom-Prénom** | **Lien avec l’enfant** | **Adresse, n° Téléphone** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| ***CHARTE D’ENGAGEMENT****Je soussigné(e) ………..……………… m’engage à respecter les règles suivantes pour toute activité ou sortie organisées au sein du local ados.** *respect d’autrui (intervenants, animateurs, adolescents, soi-même)*
* *respect des horaires*
* *respect des consignes de sécurité*
* *respect du matériel*

*Pour toute infraction à ces règles, nous nous donnons le droit de vous interdire la fréquentation du local et de nos activités.****Date :*** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.***Signature parents : Signature adolescent(e) :*** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Je soussigné(e) Mr-Mme Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. responsable de l’adolescent(e), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l’association à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l’état de l’adolescent. Dans le contexte sanitaire actuel, je m’engage à fournir 3 masques jetables par jour à mon enfant. (Cf. recommandations DDCS, protocole sanitaire)

* Pendant les activités, j’autorise le personnel de l’association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d’archives : Choisissez un élément.
* J’autorise l’association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiche…) : Choisissez un élément.

Fait à : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Signature(s) parent(s) : Signature de l’adolescent(e) :

|  |
| --- |
| **Pièces à joindre obligatoirement au dossier** |
| * ***La fiche d’inscription recto-verso à signer.***
* La fiche sanitaire de liaison recto-verso à signer (joindre la photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé de chaque enfant).
* ***La cotisation de 7.60 € (pour les nouveaux adhérents)***
* ***Acompte de 50 €***
* ***Avis d’imposition 2018 sur les revenus 2017 ou certificat de rémunération sur l’année 2018 (étranger)***
* ***Copie de la carte d’identité de l’enfant***
 |