



# FORMULAIRE D'INSCRIPTION Centres Aérés 2017

## RESERVE AU CENTRE

Tarif selon barème RDU

1	2	3	4	5
6	7	8	9	10

Enregistré: .....

Facturé le : .....

Payé le : .....

J'inscris mon enfant, avec son accord, au-x semaine-s suivante-s :

10 au 14 juillet

14 au 18 août

**NOM** de l'enfant:..... 1) **Prénom** :..... Né le :.....

Nage  Non  Oui Avec brassards *Ecole fréquentée* : ..... *Degré* : .....  
 Oui Sans brassards

2) **Prénom** :..... Né le :.....

Nage  Non  Oui Avec brassards *Ecole fréquentée* : ..... *Degré* : .....  
 Oui Sans brassards

Nom & Prénom du représentant légal :.....

Père  Mère  Autre précisez : .....

Adresse domicile :..... NP/Localité .....

Tél privé :..... Tél prof :..... Mobile :.....

E-mail : .....

Nom de la commune du lieu de travail : .....

Mon enfant rentre seul :  Oui  Non

Date dernier rappel vaccin tétanos \* 1<sup>er</sup> enfant..... 2<sup>ème</sup> enfant .....

Nom du médecin traitant \* ..... Tél : .....

Nom de l'assurance Maladie/Accident \* .....

Nom de l'assurance Responsabilité Civile \* .....

Allergies connues \* .....

Autres remarques, problèmes particuliers .....

**\* En l'absence de ces informations, l'association décline toutes responsabilités.**

*J'ai rappelé à mon enfant qu'il doit respecter les consignes données par l'équipe d'animation, ainsi que les règles habituelles de prudence. En cas d'urgence, j'autorise les responsables du Centre Aéré à prendre toutes les dispositions nécessaires à la santé de mon enfant, y compris celles préconisées par le médecin consulté. Je me déclare prêt à m'acquitter envers la Rampe des sommes qu'il aurait à déboursier pour les soins donnés à mon enfant, y compris les frais de transport. Je déclare également avoir pris connaissance des informations se trouvant sur la plaquette, dans laquelle ce présent formulaire d'inscription était encarté.*

Lieu et date .....

Signature du représentant légal :.....

**Formulaire à nous retourner avec la copie de votre RDU pour la tarification**