



Date D'adhésion :/...../.....

Type d'adhésion : Individuelle Famille

NOM / PRENOM DU TITULAIRE		Date de Nais./...../.....	M / F
Nom/prénom du responsable légal (pour les mineurs)			
Pour les adhésions « famille »			
NOMS/ PRENOMS des ayants droits	Date de naissance	M/F	
-			
-			
-			
-			
Adresse			
Code Postal		Ville :	
N° téléphone domicile :		N° téléphone portable :	
Courriel :@.....			
Régime Allocataire (données obligatoires pour les inscriptions ALSH)			
N° CAF :		Quotient Familial :	
N° MSA :		Quotient Familial :	
Autre régime :		Quotient Familial :	

COORDONNEES EN CAS D'URGENCE (personne à contacter à cas d'urgence) : Adhésion individuelle

NOM : **Prénom**..... **Téléphone**.....

Activité(s) pratiquée(s) Prénom du pratiquant (si adhésion famille)	Date d'inscription	Jour et Horaire	Tarif de base	Réduc.	Tarif appliqué
TOTAL					

Certificat médical pour les activités corporelles remis le jour de l'inscription Oui Non

(Si non, l'adhérent s'engage à le remettre à la MPT sous les plus brefs délais)

Votre droit à l'image : Autorisation de diffusion des photos prises par les animateurs dans le cadre de nos activités

Oui Non

AUTORISATION DE SORTIE POUR LES MINEURS :

OUI:

Je soussigné,, responsable légal de l'enfant,déclare l'autoriser à quitter seul(le) les locaux de la Maison Pour Tous du Guelmeur.

NON

Personnes autorisées à récupérer votre(vos) enfant(s) à la fin de l'activité.

NOM – Prénom	Lien de parenté ou autre avec l'enfant.	Coordonnées téléphoniques

INFORMATIONS SANITAIRES

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

LES DIFFICULTES DE SANTES, LES PRECAUTIONS A PRENDRE, LES RECOMMANDATIONS UTILES.

.....

Je déclare avoir pris connaissance de l'objet, des valeurs, des statuts et du règlement Intérieur de la Maison Pour Tous du Guelmeur (consultables sur notre site internet ou au secrétariat).En signant ce document, je m'engage à les respecter et certifie de l'exactitude des informations renseignées sur ce document.

J'autorise, le cas échéant, le responsable de l'activité à prendre toutes mesures urgentes (hospitalisation, intervention chirurgicales, traitement médical) rendues nécessaires par l'état mon enfant.

Brest, le __ / __ / 20 __ Signature