



Maison Pour Tous du Guelmeur
 Agréée Centre Social par la CAF 
 34 rue Montcalm, 29200 Brest
 02 98 44 71 85 mpt.guelmeur-brest@wanadoo.fr

Dossier d'inscription 2017 – 2018

Adhérent 2016-2017 : OUI NON

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 | | | | | |

Attestation questionnaire de Santé : Oui Non

Certificat médical : 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

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

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

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

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ, LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE, LES RECOMMANDATIONS UTILES.

.....
.....
.....
.....

En adhérant à l'association Maison pour tous du Guelmeur
je deviens adhérent(e) de la Fédération Léo Lagrange, mouvement d'éducation populaire (plus d'informations sur www.leolagrange.org). En conséquence :

- Je bénéficie, dans le cadre des activités de mon association, d'une assurance responsabilité civile, défense, indemnisation des dommages corporels, recours et protection juridique. L'assurance responsabilité civile me couvre en cas de faute, imprudence ou négligence. Elle ne me couvre pas en cas de faute intentionnelle et ne me préserve pas d'éventuelles poursuites pénales.
- J'ai été informé(e) que je bénéficie pendant toute la durée de mon adhésion et SANS coût supplémentaire, des services de l'Association Léo Lagrange pour la défense des consommateurs (ALLDC).

Droit à l'image

J'autorise

Je n'autorise pas

la prise de vue, la reproduction et la publication de mon image [ou de celle de mon/mes enfant(s) adhérent(s)] afin d'illustrer les publications sur support papier et/ou numérique destinées à un public interne ou externe de l'association

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