



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 2018 – 2019

Adhérent 2017-2018 : 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 DEJA 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 DIFFICULTES DE SANTES, LES PRECAUTIONS A 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