

## FICHE D'INSCRIPTION

( Une fiche par enfant)

### L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance : ...../...../.....

Adresse :

Téléphone :

Code Postal :

Ville :

J'inscris mon enfant :

- La première semaine : du lundi 24 au vendredi 28 août 2020 : OUI - NON

- A la journée : entourez ci-dessous les journées souhaitées :

24 - 25 - 26 - 27 - 28

### LES RESPONSABLES :

EN MAJUSCULE

Lien de parenté :

Adresse :

Tel :

Nom :

Code postal :

Courriel :

Prénom :

Ville :

@

Lien de parenté :

Adresse :

Tel :

Nom :

Code postal :

Courriel :

Prénom :

Ville :

@

### FICHE SANITAIRE :

▪ Allergies connues :

.....

▪ Régime alimentaire particulier :

.....

▪ Asthme :

.....

.....

Autorisation parentale de prise en charge médicale :

Nous soussignés, parents de l'enfant ....., autorisons son transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU).

Veillez nous signaler tout élément que vous jugerez utile de porter à notre connaissance (santé, propreté) :

.....

.....

### TARIFS :

▪ Pour une journée de stage : **18 €**

Pour 1 semaine de stage : **80 €**

Réductions pour une ou plusieurs semaines complètes:

o -5 € au prix initial pour le deuxième enfant inscrit.

o -8 € au prix initial pour le troisième enfant inscrit.

Pour les enfants non-inscrits à l'association, ajouter 10€ d'inscription annuelle (assurance)

Soit au total :

- |   |               |         |   |
|---|---------------|---------|---|
| - Inscriptions à la semaine :               | ..... X ..... | = ..... | € |
| - Inscriptions à la journée :               | ..... X ..... | = ..... | € |
| - Réduction :                               |               | = ..... | € |
| - Inscription à l'association : 0 € ou 10 € |               | = ..... | € |
|   | TOTAL :       | = ..... | € |

Possibilité de payer en deux chèques.

### AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e) .....

- Autorise M/Mme ..... ( téléphone : ..... ) à prendre en charge mon enfant ..... entre 17h30 et 19h00 au siège de l'ASMP.
- Autorise mon enfant ..... , à rentrer seul entre 17h30 et 19h00 du siège de l'ASMP.
- Je viendrai récupérer mon enfant ..... , au siège de l'ASMP entre 17h30 et 19h00.

### DROIT A L'IMAGE : Cocher la case désirée

Je soussigné(e) : .....,

AUTORISE mon enfant : .....

à être photographié ou filmé lors du stage. Ces éléments pourront être utilisés pour l'information locale (expositions, site internet de l'association).

NON [.....]

OUI [.....]

**ATTENTION : POUR LA SEMAINE DU 24 au 28 D'AOUT 2020**

En raison des conditions sanitaires spécifiques au COVID 19 (distanciation, gel, etc..), il est possible que nous ne puissions accueillir autant d'enfants que souhaités. ( Lire le document de presentation du stage)

Je reconnais avoir lu le document précisant les modalités du stage et le règlement intérieur, consultables sur le site internet de l'association et au bureau.

Ne pas apporter d'objet de valeur. L'association décline sa responsabilité en cas de casse, de vol ou de dégradation d'objets personnels.

Date le : ...../ ...../ 2020

Signature(s) :