

FICHE d' INSCRIPTION AIDE à la SCOLARITE

ENFANT

NOM		SECTION ASR FREQUENTEE:
PRENOM		
DATE DE NAISSANCE		NOTER VOTRE CRENEAU PAR ORDRE DE PREFERENCE
LIEU DE NAISSANCE		LUNDI 17H-17H45
ADRESSE		MARDI 17H-17H45
CODE POSTAL		JEUDI 17H-17H45
VILLE		
ADRESSE MAIL		

REPRESENTANT LEGAL

NOM		RC OU ASSURANCE EXTRA SCOLAIRE
PRENOM		NOM ASSUREUR
ADRESSE		
CODE POSTAL		NUMERO CONTRAT
VILLE		
ADRESSE MAIL		
TEL DOMICILE		
TEL MOBILE		
TEL TRAVAIL		

PAR CE DOCUMENT :

J'autorise mon enfant à participer à l'Aide à la Scolarité proposée par l'AS Romillé

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte les modalités

J'autorise la structure à mettre les éventuelles photos de mon enfant sur leur site internet

Je déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage à rembourser les dépenses engagées par l'association dans le cadre de cette urgence.

signature du représentant légal précédée de la mention "lu et approuvé"