

# BULLETIN D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE

**-2020/2021-**

PL'ASSO JEUNES  
Pontic-Malo

☎ 06 17 52 29 10  
☎ 02 98 09 16 69

29930 PONT-AVEN  
Mail : plassojeunes.pontaven@gmail.com

Facebook/Instragram : plassojeunespontaven

**ADHÉSION VALABLE DU 1ER SEPTEMBRE 2020 AU 31 AOÛT 2021**

## Responsable légal du mineur participant à l'animation et effectuant l'inscription :

Père <input type="checkbox"/>	Tuteur légal <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>	Tuteur légal <input type="checkbox"/>
Nom : .....	Prénom : .....	Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....		Adresse : .....	
Code postal : ..... Ville : .....		Code postal : ..... Ville : .....	
☎ Domicile : ..... ☎ Portable : .....		☎ Domicile : ..... ☎ Portable : .....	
E-mail : .....		E-mail : .....	

Enfant/Jeune participant : Age : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : M  F  Date de naissance : .....

Adresse (si différente de celle du responsable) : .....

Code postal : ..... Ville : ..... ☎ : .....

E-mail : .....

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... Code postal : ..... Ville : .....

☎ : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... Code postal : ..... Ville : .....

☎ : .....

Nom et adresse de l'organisme : Régime Général, C.A.F,  ou M.S.A  ou Pêche

.....

N° ALLOCATAIRE : .....

Assurance (scolaire ou civile) : .....

Nous souhaitons porter à votre vigilance de bien vérifier votre assurance pour vous assurer que votre enfant est bien assuré pour les activités que nous proposons. Nous pouvons, le cas échéant, vous proposer une assurance.

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) : .....

Agissant tant pour moi même que pour le compte de la personne inscrite, certifie exact les renseignements portés sur ce bulletin d'inscription.

Fait à : ..... Le : .....2021.

Signature :

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) : .....

Responsable de l'enfant (Nom, Prénom) : .....

- 1) Certifie exacts les renseignements portés sur le bulletin d'inscription.
- 2) Autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs et accepte les conditions de la vie en collectivité.
- 3) Décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir en dehors des heures normales d'activités.
- 4) Autorise mon enfant à quitter seul l'activité, après 18 h, heure de retour ou de fin de l'activité.  
OUI  NON
- 5) Autorise mon enfant à venir seul et à quitter seul l'espace jeunes lors des temps d'accueil libre (+ de 10ans).  
OUI  NON
- 6) Autorise les organisateurs en cas d'urgence médicale à prendre toutes les dispositions nécessaires, pour donner les soins médicaux, pour hospitaliser mon enfant et le faire opérer (y compris sous anesthésie) si cela s'avère nécessaire et m'engage à rembourser les frais occasionnés de ce fait sur présentation de justificatifs.

Fait à : ..... Le : .....2021.

Signature du représentant légal :

## CERTIFICAT MEDICAL

(ou certificat de médecin datant de moins de 3 mois)

Je soussigné(e) : .....

Docteur en médecine, certifie avoir examiné :

Nom : ..... Prénom : ..... Age : .....

Il /Elle ne présente pas de contre-indication à la pratique du sport.

Fait à : ..... Le : .....2021.

Signature et tampon :

## VIE ASSOCIATIVE

Souhaitez vous que votre enfant participe aux opérations d'autofinancements pour financer projets, séjours et activités ?

OUI  NON

Souhaitez vous participer à la vie de notre association (échanges de savoirs, rejoindre le conseil d'administration, donner un coup de main) ?

OUI  NON

Si oui, merci de précisez ! Ou Merci de nous faire des suggestions, nous donner des idées ou vos envies !

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



## AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGES

### Objet : Autorisation de publication de photographies

Je soussigné,

**Nom, Prénom**

.....  
**Adresse**

.....  
.....  
Autorise par la présente, l'**association PI' Asso Jeunes** représentée par son président à diffuser les photographies prises lors du centre de vacances/ centre de loisirs du 01/01/2021 – 31/12/2021 sur lesquelles figure

**Mon fils/ Ma fille (1)**

**Nom, Prénom** .....

### Cette autorisation est valable (1) :

Pour l'édition de documents de nature pédagogique (journal, interne ou externe),

Pour de l'information relative au centre ou à nos séjours (journaux),

Pour la publication sur le site internet de l'organisateur.

Pour la publication sur les réseaux sociaux de l'organisateur.

Cette autorisation pourra être révoquée à tout moment par demande écrite. La présente autorisation est incessible.

**Fait à**

**le**

**Signature :**

(1) Rayer les mentions inutiles.

Tarif adhésion : 15 euros (un enfant), 20 euros (2 enfants)

**Notre fonctionnement :**

*En Période scolaire*

ACCUEIL LIBRE : les mardis et vendredis de 16h30 à 18h30

MERCREDI (priorité aux 8-12 ans) : 13h30-18h30

SAMEDI (priorité aux + de 11 ans) :13h30-18h30

*En vacances scolaires*

Du lundi au vendredi :10h-12h et 13h30-18h30

*En fonction du programme , n'hésitez pas à nous contacter !*