



## Association ça coule de source SECTEUR JEUNESSE- DOSSIER D'INSCRIPTION 2024

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse du mineur : \_\_\_\_\_  
  
 Téléphone du mineur : \_\_\_\_\_  
 Mail du mineur : \_\_\_\_\_  
 N° de sécurité sociale auquel le jeune est rattaché : \_\_\_\_\_

### REPRESENTANTS LEGAUX DU MINEUR :

	REPRÉSENTANT 1	REPRÉSENTANT 2
NOM	_____	_____
PRÉNOM	_____	_____
LIEN AVEC L'ENFANT	_____	_____
ADRESSE	_____	_____
PORTABLE	_____	_____
MAIL	_____	_____
CONTACT PRO	_____	_____

**FACTURATION :**                      Représentant 1                       Représentant 2

- **Accepte de recevoir les factures par courriel**                      OUI                       NON

- **Accepte le prélèvement bancaire (fournir un RIB)**                      OUI                       NON

L'adhésion à l'association est de **20 €** et la cotisation jeunesse de **20 €**, cela est valable jusqu'au **31 décembre** de l'année en cours.

N° allocataire : \_\_\_\_\_ CAF                       MSA                       Quotient Familial : \_\_\_\_\_

### AUTORISATION PARENTALE POUR LE MINEUR

Le responsable légal du mineur :

- Autorise le mineur à participer à toutes les animations de l'association sous la responsabilité du personnel encadrant.....OUI    NON
- Autorise le mineur à rentrer seul à l'issue de l'animation.....OUI    NON
- Autorise le mineur à être en autonomie (en petit groupe) lors des sorties organisées par l'association .....OUI    NON
- Autorise le mineur à rentrer seul à tout moment durant l'accueil libre .....OUI    NON
- Autorise le mineur à être transporté par un salarié ou un bénévole de l'association pour certaines sorties en mini-bus ou véhicule personnel.....OUI    NON
- Autorise l'exploitation de photos ou de films pour l'association :
  - Dans la presse .....OUI    NON
  - En interne (diaporama, affichage...) .....OUI    NON
  - Sur internet (site de l'association, réseaux sociaux...) .....OUI    NON
- Autorise la direction en cas d'impossibilité à me joindre, de faire pratiquer des examens médicaux et/ou de faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.....OUI    NON
- Autorise en cas d'impossibilité à me joindre, les soins hospitaliers et si besoin, l'anesthésie de mon enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.....OUI    NON

