

ASSOCIATION COUFFE ANIMATION RURALE
Animation Jeunesse de Couffé
Janvier 2016 – Décembre 2016

DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL

Pour être admis aux animations jeunesses, cette déclaration devra obligatoirement être remplie et signée par le responsable légal de l'enfant.

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant
..... ,

- Déclare être à jour d'une cotisation familiale (18 €) ou individuelle (6.10 €) correspondant au montant de l'adhésion,
- Autorise la publication à des fins non commerciales de l'image de mon enfant (photos, vidéos, article de journal)
- Déclare avoir prit connaissance du règlement intérieur du LODJ avec mon enfant et de l'avoir dûment signé.
- M'engage à rembourser à l'association Couffé Animation Rurale les prestations médicales, en cas de maladie ou d'accident,
- Reconnais que l'association Couffé Animation Rurale n'est pas responsable de mon enfant lorsque ce dernier ne se trouve pas dans l'enceinte du local ou sur un lieu d'activité.
- Fait à, le

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » ,

Dossier 11-17 ans

N°adhésion :

ETAT CIVIL

NOM ET PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

TELEPHONE :

E.MAIL :@

RESPONSABLE LEGAL DU MINEUR

NOM ET PRENOM (PERE) :

LIEU DE TRAVAIL :

NOM ET PRENOM (MERE) :

LIEU DE TRAVAIL :

ADRESSE PRIVEE (RUE) :

(CODE POSTAL/COMMUNE)

TELEPHONES (FIXE) :

(PORTABLE) :

E.MAIL :

SITUATION

Collégien Lycéen Autres (à préciser) :

Nom de l'établissement :

COMMUNE D'HABITATION

- Couffé Ligné Mouzeil
 Le Cellier Hors commune du Canton de Ligné

REGIME (cochez le régime d'appartenance)

ALLOCATAIRES CAF DE LOIRE ATLANTIQUE N° CAF :

Nom et prénom du parent allocataire :

REGIME GENERAL

Quotient : Calculé le :

En cas d'absence de justificatif, le quotient le plus fort sera appliqué.

Justificatif joint

ALLOCATAIRES MSA N°

NON ALLOCATAIRES

ASSURANCES (justificatif à joindre)

N° de Sécurité Sociale : ... / ... / ... / ... / ... / ... / ...

Complémentaire santé :

N° de contrat :

Nom et adresse :

.....

Responsabilité civile :

N° de contrat :

Nom et adresse :

.....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

VACCINATIONS (photocopie des vaccins à jour à joindre)

Préciser les dates des derniers rappels :

DT Polio / DT Coq / Tétracoq (entourer le vaccin pratiqué) .../.../...

BCG .../.../...

Hépatite B .../.../...

Rubéole Oreillons Rougeole (ROR) .../.../...

Coqueluche .../.../...

Autres (préciser) : /.../...

RENSEIGNEMENTS

Votre enfant fume-t-il ? Oui Non

Votre enfant a-t-il des difficultés de santé particulières (maladie, accident grave, allergie...) ?

Recommandations du responsable légal de l'enfant :

.....

.....

.....

.....

.....