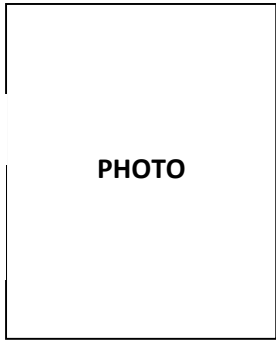




FICHE DE RENSEIGNEMENTS

A retourner au Pôle Enfance Jeunesse



Aucune inscription ne pourra être prise en compte sans l'intégralité des renseignements figurant sur cette fiche de renseignements et d'inscription

Nom et Prénom du JEUNE : **Sexe :**

Date de naissance :

Adresse :

N° Téléphone : **Adresse e-mail :**

Nom de famille* et Prénom du PERE :

Nom d'usage* :

Adresse (si différente de celle du jeune) :

.....

N° Téléphone : Domicile : Travail : Portable :

Adresse e-mail :

Employeur : **N° de téléphone employeur :**

Nom de famille* et Prénom de la MERE :

Nom d'usage* :

Adresse (si différente de celle du jeune) :

.....

N° Téléphone : Domicile : Travail : Portable :

Adresse e-mail :

Employeur : **N° de téléphone employeur :**

REGIME D'ALLOCATIONS FAMILIALES : CAF MSA Autre (précisez) : _____

L'allocataire est : le père la mère N° d'allocataire : _____

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE :

Compagnie d'assurance : _____ N° de contrat : _____

* Suite à la circulaire du 21 février 2012 qui prévoit la suppression des termes «Mademoiselle», «Nom de jeune fille», «Nom patronymique», «Nom d'épouse» et «Nom d'époux» des formulaires administratifs :

- le terme «Nom d'usage» remplace les termes «Nom d'épouse» et «Nom d'époux»,
- le terme «Nom de famille» correspond au nom de naissance.



A NE REMPLIR QU'EN CAS DE SEPARATION DES PARENTS :

Le destinataire des courriers relatifs au Club Ados sera :

- Le père,
- La mère,
- Les deux.

Le Club Ados devra être facturé :

- au père⁽¹⁾,
- à la mère⁽²⁾,

(1) Signature du père obligatoire

(2) Signature de la mère obligatoire

Signature
du père

Signature
de la mère

EN CAS D'URGENCE

PERSONNE A CONTACTER :

Nom et Prénom :

Téléphone domicile : **Portable** :

Téléphone professionnel :

Je soussigné,, responsable légal du jeune (nom et prénom), autorise le responsable du Club Ados à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune.

Si l'hospitalisation s'avère nécessaire, je souhaite l'admission de mon enfant :

- Au Centre Hospitalier de Troyes
- Autre établissement (le préciser) :

Fait à Rosières, le/...../20.....

Signature des parents,

Merci de nous informer de tout changement de situation