|  |  |
| --- | --- |
| **FICHE D’INSCRIPTION***SKI***SAISON 2020** | 🖵 Mercredi 🖵 Enfant🖵 Samedi 🖵 Adulte 🖵AnimateurLogo ALNiveau : ……………………………. |

Nom :………………………………………….…….Prénom : …………………………………………..

Né(e) le :........................................................... F 🗖 M 🗖

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………….

CP :……................................. Commune : ………………….…………………………………….……….

Téléphone\* :……………………………………………….. Portable\* : ….…………………….…………

E.mail\* (écrire lisiblement) : ………………………………………………………………………………….

***\* Obligatoire***

Responsable légal (**pour les mineurs**) : ……………………………………………………………………………………………..

**IMPORTANT : Pour tous les adhérents**

Je, soussigné(e) …………………………………………………………………………………………

Certifie avoir consulté sur le site de l’Amicale Laïque et pris connaissance du règlement intérieur de la section à laquelle je m’affilie. Je m’engage à le respecter.

A ................................................ le .......................................................

Signature du titulaire,

*En application de l’article 27 de la loi « Informatique et Liberté » du 6 janvier 1978, les informations qui vous sont demandées sont indispensables au traitement de ce formulaire.*

*Vous disposez d’un droit d’accès et de rectification sur les données vous concernant. N’oubliez pas de mentionner toutes voscoordonnées (nom, prénom, adresse, ...) afin que nous puissions faire le nécessaire dans les meilleurs délais.*

**Réservé Amicale Laïque**

**Adhésion + tombola :** ................. Euros

**Tarif normal** : ................. Euros

**Location skis  (N° ……………………….)** ................. Euros

**Location chaussures (N° ……………………….)** ................. Euros

**Tarif Encadrant** (1/2 tarif): **-**................ Euros

**Déduction : (famille)*ne pas appliquer au tarif encadrant* -**………… Euros

**MONTANT à PAYER :** …………..……….

***MOYEN DE PAIEMENT***

**Pass’Activ’Jeunes**  ..... x ……… = ................... Euros

**Pass Cantal** …. x ……… = …….….…. Euros

**Chèques Vacances** …. x ……… = ………..…. Euros

**Coupons-Sport** …. x ……… = ……..….… Euros

❑ Chèque n° ...................................= …........... Euros ❑ Espèces ………… Euros

Paiement fractionné : **établir 3 chèques**

1er règlement à l’inscription : …………………… 2ème règlement à 30 jours : ……………………………

3ème règlement à 60 jours : ………………….……



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non 

 ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES ………………………………………….

**PRECISEZ LA CAUSE DE L’ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

**P.A.I** (projet d’accueil individualisé) en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES(à renseigner obligatoirement.)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non 

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant

 AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**AUTORISATIONS(VALABLES POUR TOUTE L’ANNEE SPORTIVE)**

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui  non 

Autorisation de la prise d’image pour diffusion : oui  non 

**RESPONSABLE DE L'ENFANT : ……………………………………………………………………………………………….**

NOM .................................................................................. PRÉNOM .........................................................................
ADRESSE..........................................................................................................................................................................

ADRESSE MAIL : ……………………………………………………………………………………………………………………
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ........................................................ / ………..............................................
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT *……………........................................................................................................*

*Je soussignée, .................................................................................................................responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l’équipe d’animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d’un médecin et/ou un service d’urgence seuls habilités à définir l’hôpital de secteur.*

Document issu de l’originalCERFA paramétré pour les besoins de la structure ALSH interco Vallée de l’école

Date : Signature :