

ASSOCIATION COUFFE ANIMATION RURALE
Animation Jeunesse de Couffé
Janvier 2020 – Décembre 2020

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 Lycéens Autres :

Nom de l'établissement :

COMMUNE DE RESIDENCE

Couffé Ligné Mouzeil

Le Cellier Hors commune du Canton de Ligné

DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL

Pour être admis aux animations jeunesse, 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 (22 €) ou individuelle (8 €) 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)

OUI NON

Autorise l'utilisation des données complétées à être utilisé dans une base de données informatique (AIGA) pour une durée d'une année civile (loi RGPD du 20 juin 2018 sur la protection des données)

OUI NON

- Déclare avoir pris 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 »

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 :

.....

.....

.....

.....

.....