

FICHE INSCRIPTION Enfant/Ados

L'adhérent

Nom et prénom :

Né(e) le :

Sexe : F M

Tél **enfant** :

Attention : j'ai bien noté que la MPT transmettra ses informations sur ce numéro

Coordonnées du foyer

M. / Mme

M. / Mme

Adresse :

Tél prioritaire :

Garde Alternée

Email prioritaire :

Les factures sont transmises par mail

Responsables légaux (hors foyer)

Nom / Prénom :

Nom / Prénom :

Adresse :

Adresse :

Tél. portable :

Tél. portable :

Email :

Email :

Autorisation parentale

- J'autorise les responsables de l'association et/ou les animateurs de l'activité à intervenir auprès des autorités médicales pour faire pratiquer les soins, nécessaires à l'état de santé de mon enfant (si besoin, nous transmettre les indications et/ou contre-indications à fournir aux autorités médicales).

Responsabilité de prise en charge

- J'autorise mon enfant à se rendre seul sur le lieu de l'activité et d'en repartir non accompagné.

Ou J'autorise les personnes suivantes à prendre en charge mon enfant à la fin de la séance :

Nom / Prénom :

Lien Parenté :

Tel. Port. :

Nom / Prénom :

Lien Parenté :

Tel. Port. :

Nom / Prénom :

Lien Parenté :

Tel. Port. :

Droit à l'image (En aucun cas, l'association ne cédera les photos visées à des tiers)

Le responsable légal autorise
 n'autorise pas

} la Maison Pour Tous à utiliser l'image de l'adhérent dans le seul but de promouvoir les activités de l'association, sans contrepartie financière.



J'ai bien noté que :

- Les informations relatives aux modalités d'inscription, certificats médicaux et règlement intérieur sont consultables sur la plaquette et/ou le site internet de la Maison Pour Tous.
- Les **arrhes versées et/ou avoirs utilisés** lors de votre préinscription **ne sont pas remboursés** en cas de non validation de celle-ci. La cotisation est due pour la période de fonctionnement et elle est **non remboursable quelle que soit la raison**.
- Dans le cadre du règlement général sur la protection des données (RGPD), les informations recueillies par cette fiche sont enregistrées dans notre base de données adhérents en vue de vous communiquer toutes les informations relatives au fonctionnement de l'association. Elles ne sont en aucun cas utilisées pour une autre finalité ou transmises à des tiers.

**L'adhérent ou son représentant légal,
Signature et mention manuscrite "lu et approuvé"**

Cadre réservé à la Mpt

SAISON 2024/2025

Tarif : Istres Ext.

Membre n° :

Certificat Médical :

Inscriptions	Activités - Jours et Heures - Gp	Tarif de base	Arrhes / Avoir(s)	Réduc.	Montant après déduction	Somme à payer	N° renvoi
le	Adhésion	5.00 €			5.00 €	}	
le							
le							
le							
le							
le							

Préinscription date et mode de règlement des arrhes :

Renvoi (date et mode de paiement) :

.....
.....
.....
.....

Échéancier à venir (encaissement le 10 de chaque mois)

Mois	Montant	Mois	Montant	Mois	Montant
Octobre		Janvier		Avril	
Novembre		Février		Mai	
Décembre		Mars			