



Secteur adolescent de la CCPR  
 22, rue Arnaud Daniel  
 24350 Tocane st Apre  
 tel: 05 53 92 58 11  
 Mail: b.demoures@cc-paysriberacois.fr

# FICHE D'INSCRIPTION 2014 2015

## Animations adolescents

**Ces renseignements resteront confidentiels  
 et ne seront consultés que par le responsable de l'accueil**

**Nom du jeune :** ..... **Prénom :** .....  
**Né(e) le :** ..... **à** .....  
 Etablissement scolaire fréquenté: ..... Classe : .....

**Nom du père :** ..... **Prénom**.....  
 Adresse : .....  
 tel. Domicile : ..... Tel. Port.: ..... Mail :.....  
 Profession : ..... Employeur : ..... Tel :.....

**Nom de la mère :** ..... **Prénom**.....  
 Adresse : .....  
 tel. Domicile : ..... Tel. Port.: ..... Mail :.....  
 Profession : ..... Employeur : ..... Tel :.....

**Situation de famille :** mariés  concubins  séparés  divorcés  veuf/veuve  célibataire

**Responsable légal :** les parents  le père  la mère  tuteur  autres

En cas d'urgence prévenir : .....

Régime Général Sécurité Sociale  MSA  RSA   
 Autre (préciser) .....

CAF de .....

N° Allocataire (indispensable) .....

N° de Sécurité Sociale de l'assuré pour l'enfant : .....

Adresse du centre payeur : .....

Assurance extra scolaire, Numéro : .....

Organisme et adresse : .....

**Personnes autorisées par les parents à venir chercher le jeune :**

Nom : ..... tel. : .....

Nom : ..... tel. : .....

Nom : ..... tél. : .....

Nom : ..... tél. : .....

**\*Pour toute activité nautique (canoë, voile, ...) ou activité comprenant de la baignade, Pensez à fournir un « test d'aptitude préalable à la pratique des activités aquatiques », indispensable.**

J'autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile à la fin des activités

J'autorise le personnel de la CCPR à prendre des photos de mon enfant et de les diffuser dans la presse locale ou sur le blog de la CCPR

*Je soussigné, Monsieur, Madame..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du secteur adolescent, à prendre le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant, transfert à l'hôpital et intervention chirurgicale si nécessaire.*

Date :

**Signature du titulaire de l'autorité parentale  
 ou du représentant légal :**