

LE JEUNE

NOM : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Age : _____ Sexe : _____
Téléphone : _____ Mail : _____ @ _____

REPRESENTANTS LEGAUX

NOM : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Téléphone(s) : _____ et le _____
Mail : _____ @ _____
NOM : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Téléphone(s) : _____ et le _____
Mail : _____ @ _____

TARIFICATION EN FONCTION DU QUOTIENT FAMILIAL

- Je suis allocataire CAF du Morbihan et je souhaite que le service éducation de Pontivy accède directement à mon QF auprès de la CAF 56 avec mon n° d'allocataire : _____.
- Je ne suis pas allocataire CAF du Morbihan et je fournis une attestation du QF pour le service éducation.
- Je ne souhaite pas fournir de justificatif ou mon numéro d'allocataire, de fait, j'accepte que le tarif maximal me soit appliqué.

Si vous bénéficiez de réductions supplémentaires (CAF hors Morbihan, MSA, comité d'entreprise ...) Merci de nous transmettre les documents.

INFORMATIONS MEDICALES

Si le mineur n'a pas de vaccin obligatoire en collectivité, joindre un certificat médical de contre-indication de moins de 3 mois.

Dates du dernier rappel de vaccination Diphtérie _____, Tétanos _____, Poliomyélite _____.
Nom du Médecin traitant de l'enfant : _____ Téléphone : _____

AUTORISATIONS (cocher une ou plusieurs cases)

J'autorise

- La direction de la maison des jeunes à prendre toutes les décisions nécessaires en cas d'urgence médicale.
- Le service éducation à photographier et filmer mon enfant dans le cadre des activités de loisirs, à utiliser son image dans diverses publications municipales (presse, site de la ville et réseaux sociaux etc) .
- Mon enfant à rentrer seul à la fin de l'activité.

- J'atteste avoir pris connaissance du règlement (à conserver)

Les projets éducatifs et pédagogiques sont disponibles en mairie et à la maison des jeunes.

Date et signature du représentant légal
Précédée de la mention « lu et approuvé »