

# FICHE D'INSCRIPTIONS

Saison 20\_\_ -20\_\_

Maison pour tous

## ADHÉRENT

**NOM :**

**PRÉNOM :**

Date de naissance : / /

Sexe : F  M

mineurs (Cf. informations complémentaires page suivante)

Commune  
de naissance :

Département  
(99 pour l'étranger) :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél :

Courriel :

J'accepte de recevoir les informations sur les activités des Maisons pour tous.

## ACTIVITÉS MAISONS POUR TOUS - saison 20\_\_ -20\_\_

Carte réseau des Maisons pour tous  oui  non

	Désignation de l'atelier	
Activité 1		Jour
		Horaires
Activité 2		Jour
		Horaires
Activité 3		Jour
		Horaires
Activité 4		Jour
		Horaires

Total  
des sommes à payer

Mode de règlement :  comptant  3 fois\*

\*① à l'inscription en début de saison N /

② du \_\_ au \_\_ / \_\_ / 20\_\_ / ③ du \_\_ au \_\_ / \_\_ / 20\_\_

**Conditions de remboursement** (Cf. délibération du Conseil municipal consultable sur le site de la ville [montpellier.fr](http://montpellier.fr))

Le remboursement se fera aux conditions suivantes : cessation de l'activité de la part de la MPT, raison médicale de l'utilisateur, changement d'emploi du temps professionnel de l'utilisateur, déménagement de l'utilisateur, perte d'emploi des usagers (à la date de prise d'effet de la nouvelle situation) et sur présentation des justificatifs afférents.

Fait à :

Signature :

Le :

### Cadre réservé à l'administration

	Mode de règlement	Date
Paiement 1		
Paiement 2		
Paiement 3		

## \*POUR LES MINEURS

### Représentant légal 1

Père  Mère  Autre responsable légal

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Sexe : F  M

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél :

Courriel :

### Représentant légal 2

Père  Mère  Autre responsable légal

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Sexe : F  M

Adresse :

Code postal :

Ville

Tél :

Courriel :

Si l'adresse des représentants légaux est différente, l'enfant est domicilié :

Responsable légal 1

Responsable légal 2

Garde alternée

## AUTORISATIONS

### Personnes à prévenir en cas d'accident (en dehors des représentants légaux)

#### Personne 1

Nom :

Prénom :

Tél :

#### Personne 2

Nom :

Prénom :

Tél :

### Personnes habilitées à venir chercher l'enfant (en dehors des représentants légaux)

#### Personne 1

Nom :

Prénom :

Tél :

#### Personne 2

Nom :

Prénom :

Tél :

### Autorisation de sortie de l'enfant de plus de 6 ans

Je soussigné

Autorise

N'autorise pas le bénéficiaire de plus de 6 ans à sortir seul de la Maison pour tous après les activités

### Droit à l'image

Je soussigné

Autorise  N'autorise pas

l'établissement d'accueil à me photographier/filmer ou à photographier/filmer le bénéficiaire de la prestation.

*L'utilisation de ces images sera réservée à la structure d'accueil (affichage, diaporama, album photos...) ainsi qu'à la communication municipale (journaux municipaux et site web). Tout autre usage devra faire l'objet d'une autorisation spécifique.*

### Activités sportives (APS)

Je soussigné

que le bénéficiaire de la prestation est apte  n'est pas apte  à la pratique des APS.

### Information CAF

Allocataire

oui

non

Si oui, n° Allocataire :

Nombre d'enfants à charge :

Fait à :

Le :

Signature :