

FICHE D'INSCRIPTIONS

Saison -

Maison pour tous

ADHÉRENT

NOM :		PRÉNOM :	
Date de naissance : / /		Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> mineurs (Cf. informations complémentaires page suivante)			
Commune de naissance :		Département (99 pour l'étranger) :	
Adresse :			
Code postal :		Ville :	
Tél :		Courriel :	
<input type="checkbox"/> J'accepte de recevoir les informations sur les activités des Maisons pour tous.			

ACTIVITÉS MAISONS POUR TOUS - saison -

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 : <input type="checkbox"/> comptant <input type="checkbox"/> 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)

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 :