



Année : 2023-2024

FICHE DE RENSEIGNEMENT

Joindre obligatoirement une attestation d'assurance

Et une copie des vaccins

Enfant

Date de naissance

/ /

Nom

Prénom

Adresse

Code postal

Ville

Tél domicile représentant légal

Tél mobile représentant légal

Mail

J'accepte de recevoir par courrier électronique des informations sur les activités du centre.

Établissement scolaire

Autorisation d'utilisation du quotient familial pour la tarification

oui

non

Régime CAF

Numéro CAF (joindre une attestation de votre quotient familial)

Régime alimentaire spécifique

Certificat médical

L'enfant mentionné sur cette fiche d'inscription est apte à la pratique d'activités sportives:

oui non

Remarques sur la santé de l'enfant :

Autorisation de sortie

- Je n'autorise pas mon enfant à partir seul de la structure à la fin de ses activités.
 J'autorise mon enfant à partir seul de la structure à la fin de ses activités.
 Autorise mon enfant à partir de la structure à la fin de ses activités avec les personnes suivantes (Précisez les noms, prénoms et situations des personnes par rapport à l'enfant) :

Autorisation d'utilisation de photographies prises lors d'activités

L'inscrit ou son représentant légal autorise la structure à réaliser des prises de vues photographiques, pendant le déroulement des activités, sur lesquelles figure la personne mentionnée sur cette fiche.

Il autorise la structure à utiliser librement ces photographies, sans demander ni rémunération, ni droits d'utilisation, pour ses opérations (document de présentation, brochure, expositions ...).

Ces photographies ne feront en aucun cas l'objet de diffusion ou d'utilisation commerciale.

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation des photos ne devront pas porter atteinte à son image et/ou à sa réputation.

Information sur les données personnelles collectées

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre inscription. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées aux services administratifs des associations ifac. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au service administratif de votre structure.

Information assurance

Compagnie d'assurance :

n° de contrat :

Partie réservée à l'ifac

ifac bourgogne ■ 11 avenue de Paris ■ 71100 CHALON SUR SAONE

Tél : 03 85 42 90 75 ■ Fax : 03 85 42 90 99 ■ E-mail : ifac-bourgogne@ifac.asso.fr ■ Site : www.ifac.asso.fr

Année :

Allocataire CAF :

Quotient familiale :

Chef de famille

Civilité : Mademoiselle Madame Monsieur

Nom Prénom

Adresse

Code postal Ville

Tél domicile Tél mobile

Tél professionnel Fax E-mail

Employeur Profession

Régime CAF Numéro CAF

Informations complémentaires

Conjoint

Civilité : Mademoiselle Madame Monsieur

Nom Prénom

Adresse

Code postal Ville

Tél domicile Tél mobile

Tél professionnel Fax E-mail

Employeur Profession

Régime CAF Numéro CAF

Informations complémentaires

Date :

Nom, Prénom et signature du représentant légal:

