



## FIGHE D'INSCRIPTION À L'ATELIER VIVANT

Je, soussigné(e), .....

Adresse : .....

Téléphone(s) : .....

- inscris mon (mes) enfant(s) à l'Accueil de Loisirs « ATELIER VIVANT », organisé par l'association « MAISON BOTANIQUE »,

NOMS et prénom(s) de(s) l'enfant(s) : .....

Pour le(s) jour(s) suivant(s) : .....

- accepte que mon (mes) enfant(s) nommé(s) ci-dessus, adhérent(s) à l'association, soi(en)t transporté(s) en voiture particulière ou en mini-bus lors des sorties exceptionnelles programmées ou non,

- accepte que mes enfants soient pris en photos (celles-ci pourront-êtré diffusée par la Maison Botanique : exposition, communication, internet...) :  oui  non

- m'engage à fournir les documents relatifs à la santé nécessaires à la vie en collectivité et au centre d'accueil : joindre : **la fiche sanitaire dûment remplie et une copie du carnet des vaccinations. \*\*OBLIGATOIRE\*\***

- déclare être allocataire :

- au régime général et assimilés : **CAF** – quotient familial : ..... ([Joindre l'attestation CAF](#))  
 au régime **MSA** – quotient familial : .....

Date : .....

Signature :

## BULLETIN D'ADHESION

Mme, M., ..... Prénom, ..... Nom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél. : ..... Courriel : .....

Accepte de recevoir les informations de la Maison Botanique par mail : OUI NON

- Adhésion :  Individuelle : 15 €  
 Famille : 23 € (nombre de personnes composant la famille : .....)  
 Bienfaiteur : 50 € (nombre de personnes composant la famille : .....

PAIEMENT PAR

CHEQUE

ESPECES

Date : .....

Signature :



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....  
.....  
.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

