



ESPACE MUNICIPAL Adrien TEYSSANDIER

05.55.92.82.97 centreteyssandier@commune-cosnac.fr

Photo

Réservé à l'administration

Date échéance

assurance :

FICHE D'INSCRIPTION 2024/2025 Enfants et Ados

ENFANT

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : F M

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) oui non

Responsable légal 1 de l'enfant

NOM:

Prénom:

Adresse :

Date de naissance:/...../.....

N° tél portable :

N° tél domicile :

Employeur :

N° Tél travail :

Email :

N° Allocataire C.A.F ou M.S.A :

Situation familiale :

Enfants à charge :

Catégorie professionnelle (Cochez la case correspondante)

Agriculteur	<input type="checkbox"/>	Cadre	<input type="checkbox"/>
Profession intermédiaire	<input type="checkbox"/>	Employé	<input type="checkbox"/>
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	<input type="checkbox"/>	Ouvrier	<input type="checkbox"/>
Sans activité professionnelle	<input type="checkbox"/>	Retraité	<input type="checkbox"/>

Responsable légal 2 de l'enfant

NOM:

Prénom:

Adresse (si différente) :

Date de naissance:/...../.....

N° tél portable :

N° tél domicile :

Employeur :

N° Tél travail :

Email :

N° Allocataire C.A.F ou M.S.A :

Situation familiale (si différente) :

Enfants à charge (si différent) :

Catégorie professionnelle (Cochez la case correspondante)

Agriculteur	<input type="checkbox"/>	Cadre	<input type="checkbox"/>
Profession intermédiaire	<input type="checkbox"/>	Employé	<input type="checkbox"/>
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	<input type="checkbox"/>	Ouvrier	<input type="checkbox"/>
Sans activité professionnelle	<input type="checkbox"/>	Retraité	<input type="checkbox"/>

Nous vous informons que nous pouvons consulter la base allocataire de la Caisse d'Allocations Familiales de la Corrèze (CDAP) pour accéder aux informations, afin de calculer le quotient familial (QF) qui vous sera appliqué.

DOCUMENTS A FOURNIR			
Fiche sanitaire	<input type="checkbox"/>	PASS ALSH (réductions journalières CAF)	<input type="checkbox"/>
1 photo récente	<input type="checkbox"/>	Carnet de santé (photocopie vaccins)	<input type="checkbox"/>
Attestation d'assurance extrascolaire 2024/2025	<input type="checkbox"/>	Si non allocataire C.A.F Dernier Avis d'imposition sur les revenus <i>(Pour les cosnacais, chapellois et enfants scolarisés à Cosnac)</i>	<input type="checkbox"/>

PERSONNES HABILITÉES À PRENDRE MON ENFANT

NOM : Prénom : Lien de parenté : N° tél :
NOM : Prénom : Lien de parenté : N° tél :
NOM : Prénom : Lien de parenté : N° tél :
NOM : Prénom : Lien de parenté : N° tél :
NOM : Prénom : Lien de parenté : N° tél :

AUTORISATIONS DIVERSES



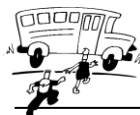
Urgences médicales

Je soussigné(e) (Nom, Prénom).....
responsable légal de

Atteste que mon enfant accidenté ou malade pourra être orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille sera immédiatement avertie par nos soins.

Signature :

Activités-Transport : autorise mon enfant à participer aux activités organisées par la municipalité et à prendre le bus ou le mini-bus (si nécessaire)



Oui Non

Droit à l'image : autorise le personnel à photographier, à filmer ou à enregistrer mon enfant et à utiliser l'image, l'enregistrement pour la présentation des activités de l'Espace Municipal Adrien Teyssandier dans la presse, le site Internet communal, des expositions...



Oui Non



Arrivée, départ (pour les enfants à partir de 8 ans révolus) :

Je soussigné(e) (Nom, Prénom).....
responsable légal deautorise ma fille/ mon fils

à venir seul (e) aux différentes activités : Oui Non
à partir seul (e) : Oui Non

Je déclare avoir pris connaissance :

- des règlements **intérieurs** (des 3 pôles de l'Espace Municipal A. TEYSSANDIER). J'ai apporté une attention toute particulière à l'article précisant les **conditions d'inscription et d'annulation** de la participation aux activités et je m'engage à le respecter)
- Des **tarifs définis** par délibération du Conseil Municipal.

Le/...../.....

Signature :