

BULLETIN D'INSCRIPTION 2015

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance : / /

Adresse :

.....

L'enfant a t'il des frères et soeurs ?

Nom	Prénom	Date de naissance

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

	PERE	MERE	TUTEUR
Nom et Prénom			
Profession			
Tel travail			
Tel Portable			
Situation familiale			

Autre personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : **Tel :**

Nom : **Tel :**

Personnes majeures habilités à venir chercher l'enfant sur l'A.C.M :

Nom et Prenom	Lien de parenté	Tel

Revenus Imposables	
Tarif ACM	
N° Allocataire CAF	
TARIF LEA	
Quotient Familial	
N° Sécurité Sociale	
Mutuelle	
Assurance extra scolaire	
Médecin traitant / Tel	
Maladies infantiles déjà contractées	
Recommandations particulières (allergies, régime alimentaire...)	
Vaccination (cf photocopie carnet de santé)	

DECHARGES

J'autorise mon enfant : **Je n'autorise pas mon enfant**

- à participer aux sorties programmées par l'A.C.M
- à transporter mon enfant à l'hôpital en cas de nécessité (pompiers ou SAMU)
- à faire pratiquer des interventions médicales jugées utiles par le corps médical

J'autorise

Je n'autorise pas

- la Mairie des 9/10 à utiliser les images photos, films, enregistrements de mon enfant à titre d'information et d'illustration pour ses supports de communication, notamment sur le site Mairie du 9^{ème} et 10^{ème} arrondissements
- La légende ne pourra pas porter atteinte à la vie privée de notre famille
- L'utilisation de mon adresse mail pour l'envoi d'informations de la Mairie des 9/10
.....@.....

Fait à Marseille, le

Signature :