

Le lieu est ouvert à toutes et à tous dès 4 ans révolus ou accompagnés d'un parent selon des horaires et un programme d'animation diffusés aux membres de l'association.

PRENOM de l'enfant : ..... Fille

NOM : ..... Garçon

Date de naissance : .....

Nom du représentant légal : .....

Adresse complète : .....

.....

Mail : *(écrire lisiblement svp)*.....

Tél. Privé : ..... Tél. Prof. : ..... Urgence : .....

Ecole de l'enfant : .....

Assurances. Accident ..... Responsabilité civile : .....

Date du dernier vaccin antitétanique : .....

Votre enfant souffre-t-il d'allergie, de maladie ou d'handicap ? : .....

.....

Précautions à prendre ? : .....



- J'autorise mon enfant à rentrer seul
- J'autorise mon enfant à participer aux petites sorties organisées par la MQ des Libellules (Déplacement à pied, ou en transports publics)
- J'accepte que mon enfant soit photographié et/ou filmé dans le cadre des activités de la MQ des Libellules
- J'autorise l'équipe d'animation à publier des images ou photos de mon enfant sur le site Internet ou le journal de la MQ des Libellules

oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>

- Le responsable légal de l'enfant est au courant d'une inscription de type **accueil libre**
- J'ai pris connaissance des horaires d'ouverture et fermeture de la MQL ainsi que du fonctionnement.
- Je certifie que toutes les informations sur cette fiche d'inscription sont exactes.

En cas d'accident, j'autorise les animateurs ou moniteurs à prendre toutes décisions concernant le bien de mon enfant, de le faire soigner dans le lieu le plus proche, de le transporter ou le faire transporter dans un établissement à même de prodiguer les meilleurs soins. Je me déclare prêt à m'acquitter envers la Maison de Quartier des Libellules des sommes qu'elle aurait à déboursier pour les soins qui lui seraient donnés ainsi que les frais de transport.

Vernier, le : ..... Signature du représentant légal : .....

Je souhaite devenir membre de l'association :      oui       non