

Nom et prénom de l'inscrit :

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné M. ou Mme.

Autorise à :

- être filmé et photographié aux fins d'utilisation des projets pédagogiques, et communications municipales (magazine, réseaux sociaux) : ☐ OUI ☐ NON

AUTORISATION MEDICALE

Nom du médecin traitant : Téléphone :

Adresse postale : Code postal :

N° de sécurité sociale de l'enfant : Groupe sanguin :

Assurance : N° de contrat :

Je soussigné M. ou Mme.

- autorise le médecin consulté en cas d'urgence à toute intervention que nécessiterait mon état de santé, y compris transfusion et anesthésie générale : ☐ OUI ☐ NON
- autorise les éducateurs municipaux à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de malaise pendant l'activité : ☐ OUI ☐ NON

Contacts d'urgence

Nom et prénom : Téléphone :

Nom et prénom : Téléphone :

Je reconnais avoir pris connaissance du **Règlement Intérieur** présent sur l'offre à laquelle je me suis inscrite sur comiti, et m'engage à le respecter : ☐ OUI ☐ NON

J'atteste avoir transmis l'ensemble des documents sur l'espace personnel COMITI

- ☐ Certificat médical de moins de 3 mois **OU** Questionnaire de santé
- ☐ Avis d'imposition en vigueur (ainsi que celui du conjoint en cas de déclaration séparée)
- ☐ Justificatif de domicile datant de moins de 3 mois **et** une attestation d'hébergement si hébergé chez un tiers
- ☐ Bulletin d'inscription

Date :

Signature précédée de la mention "Lu et approuvé"