



Association A.D.R.I.E.N  
Parce que chaque enfant est une  
graine de talent

# Bulletin d'inscription

## Club vacances d'A.D.R.I.E.N

### I- INFORMATIONS CONCERNANT LE LES STAGE(S) RESERVES

J'inscris mon enfant pour le ou les stages suivants :

- Vacances de la toussaint
- Vacances de Noël
- Vacances d'hiver
- Vacances de Pâques
- Juillet
- Aout

### II- INFORMATIONS CONCERNANT LES RESPONSABLES LEGAUX

#### RESPOSABLE LEGAL 1 :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../19.....

Profession : .....

Adresse postale :

.....

.....

.....

Numéro de téléphone : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro de mobile : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse mail : .....

#### RESPOSABLE LEGAL 2 :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../19.....

Profession : .....

Adresse postale :

.....

.....

.....

Numéro de téléphone : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro de mobile : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse mail : .....

Situation familiale des responsables légaux :

- Mariés
- Divorcés
- Autres : .....
- Pacsés
- Couple de Fait
- Séparés
- Célibataire
- Veuf ou veuve



Association A.D.R.I.E.N

Parce que chaque enfant est une  
graine de talent

# Bulletin d'inscription

## Club vacances d'A.D.R.I.E.N

### III- INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / 20.....

Classe : .....

Domicile de l'enfant :  Mère  Père

### IV- INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Nom du médecin généraliste : .....

Numéro de téléphone du médecin généraliste : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Votre enfant suit-il un traitement médical quotidien :  Oui\*  Non

\*Si votre enfant suit un traitement merci de nous fournir l'ordonnance du médecin traitant

Votre enfant a-t-il des allergies : .....

Votre enfant porte-t-il des appareils auditifs ? :  Oui  Non

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? :  Oui  Non

*Merci de joindre au bulletin d'inscription la copie du carnet de vaccination de l'enfant*



Association A.D.R.I.E.N

Parce que chaque enfant est une  
graine de talent

# Bulletin d'inscription

## Club vacances d'A.D.R.I.E.N

### V - REGLEMENT DE L'ASSOCIATION ADRIEN A L'INTENTION DES PARENTS

- ✓ Respecter les horaires d'accueil des enfants
- ✓ Prévenir en cas d'absence de l'enfant
- ✓ Respecter le personnel encadrant ainsi que toutes personnes intervenantes
- ✓ Prévenir s'il n'y a pas de possibilité de récupérer l'enfant à l'heure en fin de journée
- ✓ Respecter la confidentialité des informations données
- ✓ Si dispense de sport, elle devra être complétée par un médecin
- ✓ Honorer ses engagements envers l'association
- ✓ Prévenir pour tout changement de situation
- ✓ Tout stage commencée est due

Je soussigné(e)(s) (nom et prénom du ou des parent(s)).....  
..... accepte le règlement de l'association A.D.R.I.E.N, et, prend connaissance que le non respect de ce règlement peut entraîner des poursuites ainsi que l'exclusion de mon enfant au sein de l'association.

**Signature du ou des responsables légaux  
précédé de la mention « Lu et approuvé »**

**Signature de la présidente de l'association  
A.D.R.I.E.N.  
Mme Christine TILLARD**

### VI - REGLES DE VIE DE L'ASSOCIATION A L'INTENTION DES ENFANTS

- ✓ Je dois être poli et respecter mes camarades, les adultes qui nous entourent et toutes les personnes qui interviennent, ou sont présent sur le lieu d'accueil
- ✓ Je dois respecter tout le matériel mis à ma disposition au cours des différents ateliers, des véhicules, des espaces verts et des locaux.
- ✓ Je ne dois pas être violent envers mes camarades ou personnes présentes
- ✓ Je dois ranger tout le matériel que j'ai utilisé au cours de diverses activités.
- ✓ Je ne dois pas voler, sinon je serai renvoyé de l'association.
- ✓ Je dois respecter les consignes.

Je soussigné(e) (nom et prénom de l'enfant) ..... accepte le règlement de l'association A.D.R.I.E.N, et, prend connaissance que le non respect de ce règlement peut entraîner des poursuites ainsi que l'exclusion de mon enfant au sein de l'association.

**Signature de l'enfant**

**Signature de la présidente de l'association  
A.D.R.I.E.N.  
Mme Christine TILLARD**

### VII - AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné Madame, Monsieur, .....  
Autorise mon enfant ..... à participer aux activités proposées par l'association  
A.D.R.I.E.N le mercredi après-midi et durant les périodes de stages.

Fait à : .....

Le ..... / ..... / 2021

**Signature du ou des parent(s)**

### VIII - AUTORISATION DU DROIT A L'IMAGE

Je soussigné Madame, Monsieur, ..... Autorise et accepte l'utilisation d'image où apparait mon enfant  
..... Et à l'enregistrement de bande audio où il est possible de reconnaître la voix de ce dernier.

Fait à : .....

Le ..... / ..... / 2021

**Signature du ou des parent(s)**

### IX - AUTORISATION DE TRANSPORT

Nous soussigné Monsieur, Madame ..... père, mère de l'enfant .....

Autorisons Madame Christine TILLARD, Présidente de l'Association A.D.R.I.E.N ou toutes autres personnes membre de l'équipe d'animation au sein de l'association A.D.R.I.E.N à transporter notre enfant dans son véhicule, selon la législation en vigueur dans le cadre d'une activité éducative exceptionnelle (siège auto – rehausseur homologué obligatoire)

N'autorisons pas Madame Christine TILLARD, Présidente de l'Association A.D.R.I.E.N ou toutes autres personnes membre de l'équipe d'animation de l'association A.D.R.I.E.N à transporter notre enfant dans son véhicule.

Fait à : .....

Le ..... / ..... / 2021

**Signature du ou des parent(s)**

# Bulletin d'inscription

## Stage dédié aux enfants « DYS »

### X - AUTORISATION PARENTALE D'INTERVENTION CHIRURGICAL :

Sous réserve d'en être préalablement informé par un membre de l'association A.D.R.I.E.N, nous autorisons le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur notre enfant .....

Fait à : .....

**Signature du ou des parent(s)**

Le ..... / ..... / 2021

### XI - MODALITES DE REGLEMENT

J'inscris mon enfant au stage dédié aux enfants atteints de troubles :

- Stage sans hébergement - (Tarif adhérent) : 365 €
- Stage avec hébergement – (Tarif adhérent) : 630 €
- Stage sans hébergement - (Tarif non-adhérent) : 415 €
- Stage sans hébergement - (Tarif non-adhérent) : 680 €

**Un acompte de 100 € vous sera demandé afin de confirmer l'inscription de votre enfant**

*(Acompte non remboursable en cas d'annulation injustifiée).*

Je règle le montant du stage :

- Comptant
- 02 fois sans frais
- 04 fois sans frais

Mode de règlement :

- Espèces (l'association éditera un reçu)
- Virement bancaire
- Chèque

Coordonnées bancaires de l'associations A.D.R.I.E.N.

Nom de la banque : Crédit Mutuel Océan - Montendre

Banque : 15519

Guichet : 39097

Numero de compte : 20902301

Clé : 07

IBAN : FR76 1551 9390 9700 0209 0230 107

*Merci beaucoup!*