

FICHE ADHERENT- 2021/2022

Nom de l'Atelier :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

.....

TELEPHONE PORTABLE (parents et enfant) :

EMAIL (parents et enfant) :

Mode de règlement (réservé à l'administration) :

L'adhérent s'est acquitté :

de l'inscription d'un montant de.....fixée selon une grille tarifaire établie au Quotient Familial
des 35 € supplémentaires si l'adhérent est extérieur à Echirolles
de l'adhésion annuelle (valable 1 an) d'un montant de 10 euros

AUTORISATION PARENTALE (pour les personnes mineures)

Je soussigné(e).....père, mère, tuteur légal (rayer les mentions inutiles) autorise
..... à suivre l'atelier théâtre, le stage, la création théâtrale et à
participer aux manifestations organisées par la compagnie Kaléidoscope durant l'année 2021/2022.

Fait à, Le.....

Signature

.....

AUTORISATION PRESENTATION PUBLIQUE

DROITS A L'IMAGE

Je soussignée(e) :

Demeurant à

.....

donne à la COMPAGNIE KALEIDOSCOPE l'autorisation de reproduire et/ou de diffuser des
photographies et/ou vidéos réalisées pour le compte de l'association et sur lesquelles je figure, pour les usages
suivants :

- Publication dans la presse / Publication lors d'exposition /Publication sur le site Internet et/ou les
pages Facebook et/ou la Newsletter/Autres

Les éventuels commentaires, titres ou légendes accompagnant la reproduction de ces photos et vidéos ne
devront pas porter atteinte à ma réputation ou à ma vie privée.

AUTORISATION PARENTALE (pour les personnes mineures) :

Je soussigné(e).....père, mère, tuteur légal (rayer les mentions inutiles) autorise la
présentation publique des photos et vidéos, dans les conditions précisées ci-dessus pour mon
enfant.....

Fait à, le

Signature

AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX

Pour les enfants mineurs à remplir par les parents

1/ Cas d'urgence : accident

Personne à contacter (*nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale*)

Nom Prénom

Adresse

Code Postal

Ville

Tél portable

Personne à contacter en mon absence :

Nom Prénom

Lien de parenté

Adresse

Code Postal

Ville

Tél portable

2/ L'enfant souffre-t-il d'allergies ?

Médicamenteuses Alimentaires Asthme

Autres (précisez) :

3/ Autorisation de soins médicaux

Je soussigné(e)

(Nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)

Adresse

Code Postal

Ville

Tél portable

N° de sécurité sociale

Adresse de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Nom de votre mutuelle.....

Nom et Numéro de votre Assurance Responsabilité Civile.....

Autorise les responsables de la Compagnie Kaléidoscope à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, après consultation d'un praticien, au mineur

Nom Prénom

Né(e) le à

J'autorise la personne mentionnée au chapitre 1 à accueillir mon enfant si je suis injoignable.

Je certifie avoir pris connaissance de toutes les clauses des conditions générales d'inscription.

Je déclare exacts et sincères tous les renseignements portés sur la présente fiche.

Fait à le.....

Signature (obligatoire, précédée de la mention « lu et approuvé »)

Autorisation de sortie après l'activité Théâtre

Je soussigné-e.....

Responsable de l'Enfantautorise /

- Mon enfant à rentrer seul : OUI - NON *

- Monsieur - Madame *

- Monsieur-Madame *

à venir chercher mon enfant à la fin de l'atelier Théâtre qui se déroule le à

Fait à le

Signature :