

Dates du programme : du au



Intitulé du programme :

BULLETIN D'INSCRIPTION (-18 ANS)

PARTICIPANT (Merci d'écrire en majuscules lisiblement)

Nom
Prénom
Sexe
Date de naissance / /
Lieu de naissance
Âge

COORDONNÉES DES PARENTS/TUTEURS (Merci d'écrire en majuscules lisiblement)

Melle / Mme / M.

Nom
Prénom
Lien de parenté
Adresse
.....
.....
CP Ville
Tél. Portable
Tél. professionnel E-mail

Encadré réservé à l'établissement

EN CAS D'URGENCE (Merci d'écrire en majuscules lisiblement)

En mon absence, la personne à contacter est Melle / Mme / M.

Nom

Prénom

Lien de parenté

Tél. portable

Tél. domicile

AUTORISATION DE SOINS MÉDICAUX à remplir par les parents ou les tuteurs

"Je soussigné(e), autorise les responsables de l'UCPA à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien au mineur:

Nom

Prénom

Date de naissance

Numéro sécurité sociale

Tél. domicile

Je m'engage à rembourser l'UCPA l'intégralité des frais (médicaux et pharmaceutiques) avancées éventuellement

pour mon compte. "

Maladies et allergies à

.....
.....
.....
.....

AUTORISATION DE PRENDRE VOTRE ENFANT EN PHOTO OU VIDÉO

L'UCPA peut être amenée à prendre des photographies ou des vidéos des enfants pendant les activités sportives ou la vie quotidienne et à les utiliser sur tous ses supports de communication sans limite ni de temps ni de lieu. L'UCPA se réserve la possibilité de céder les droits d'utilisation de ces photos à l'ensemble des entités juridiques de son Groupe, qui pourront les utiliser dans les mêmes conditions. Si vous ne souhaitez pas que l'enfant soit pris en photographie ou en vidéo au cours de son séjour, nous vous remercions de faire une lettre indiquant votre refus. Cette lettre devra être jointe au présent bulletin d'inscription.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (Merci de cocher)

J'accepte de recevoir de l'information des entités du groupe UCPA	OUI	NON
J'accepte de recevoir de l'information sur les offres des partenaires de l'UCPA	OUI	NON

ASSURANCE ANNULATION/INTERRUPTION/VOL/INDIVIDUELLE ACCIDENTS (Merci d'entourer)

Je souscris la formule d'assurance Assur'jour (2€/jour) OUI NON

Je souscris la formule d'assurance Assur'loisirs (30€/an) OUI NON

Pour plus d'information sur les formules d'assurance et le détail des garanties, vous pouvez demander à l'accueil ou consulter l'espace assurance de notre site: <http://www.ucpa-assurloisirs.com>

J'accepte de recevoir de l'information des entités du groupe UCPA	OUI	NON
J'accepte de recevoir de l'information sur les offres des partenaires de l'UCPA	OUI	NON

Prélèvement bancaire OUI NON

Nombre de paiement

Je soussigné, Melle Mme M. ,
certifie avoir pris connaissance et approuvé les conditions générales d'inscription et d'assurance
de l'UCPA.

"Lu et approuvé"

Signature des parents ou du tuteur investi
de l'autorité parentale