**FICHE D’INSCRIPTION VACANCES D’OCTOBRE 2017**

NOM : ………………………………………..PRENOM : ……………………………………….

DATE DE NAISSANCE : …………………………………………………

ADRESSE : ………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

TEL : ………………………....... Ou……………………………. Ou …………………………….……

Mail :……………………………………………………………………………………………………..

INDICATIONS PARTICULIERES : ……………………………………………………………………………………………………………

REGIME ALIMENTAIRE :………………………………..……………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **SEMAINE DU 16 OCTOBRE AU 20 OCTOBRE 2017** |  |
| **SEMAINE DU 23 OCTOBRE AU 27 OCTOBRE 2017** |  |

 **DECHARGE ET DROIT A L’IMAGE** :

 Je soussigné(e) M ou Mme……………………………………………………………. responsable légal de l’enfant……………………………………………………….. Autorise le responsable du centre de vacances à prendre toutes les mesures qui s’imposent en cas d’accident survenu pendant le stage.

* Autorise l’ASPTT à photographier et/ou filmer mon enfant dans le cadre des activités pédagogiques organisées au sein de l’ACM ainsi qu’à photographier et/ou filmer ses réalisations.

*J’accepte ainsi l’utilisation et l’exploitation non commerciale de son image dans le cadre de la valorisation des ateliers et activités culturelles ou sportives notamment par le biais du site internet de l’association ou diverses publications papiers, audio ou vidéos.*

* Refuse toute utilisation d’image de mon enfant par la structure

Signature des Parents :