



Documents à renvoyer complétés et signés via
notre adresse mail : labandeagavroche@gmail.com

Partie 1 : Inscription(s) et renseignements pour l'année 2013/2014¹

Nom(s) et prénoms du/des parents : **1)**

2)

Adresse : Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Adresse électronique :

Langue(s) parlées à la maison : 1)..... 2).....

Je souhaite inscrire mon/mes enfant(s) aux cours du samedi (tous les 15 jours)² et m'engage à payer le tarif d'inscription. (Non remboursable en cas de désengagement)

Toute inscription est soumise à l'adhésion à notre association. La cotisation s'élève à **30 euros** par an et par famille.

Prénom, date de naissance et nationalité(s) de chaque enfant :

1) / / Nationalité(s) : **110 €**

2) / / Nationalité(s) : **+ 80 €**

3) / / Nationalité(s) : **+ 60 €**

..... Cotisation (*obligatoire*) **+ 30 €**

..... **Total : €**

Veillez vous acquitter du montant correspondant par **virement bancaire** (uniquement) sur le compte de l'association : **BE04 9730 5589 1131**. L'inscription sera effective une fois le montant perçu. En cas de problème, veuillez nous contacter.

Prénoms et noms des personnes (autres que parents) susceptibles de venir chercher les enfants à la fin des cours :

Prénom : **Nom :**

Prénom : **Nom :**

¹ Voir notre site www.labandeagavroche.be/

² Télécharger le calendrier des activités et lire règlement intérieur sur le site

« Mot clé » à donner si une personne non mentionnée ci-dessus vient chercher les enfants :.....

cotisation de membre

Toute inscription est soumise à l'adhésion de notre association. **La cotisation s'élève à 30 euros par an et par famille.** Vous devenez de fait un membre adhérent.

L'association a besoin de ses membres pour vivre et s'épanouir.

Nous serions heureux de vous accueillir parmi **nos membres effectifs**. En tant que membre effectif, vous assistez à **l'Assemblée Générale une fois par an et vous avez un droit de regard, de proposition et de vote sur certaines décisions de l'association.** Pour en savoir plus, contactez-nous ou lisez les statuts de l'association (disponibles sur le site).

Souhaite(nt) devenir membre(s) effectif(s) et s'engage(nt) à assister à l'Assemblée Générale annuelle et éventuellement aux Assemblées Extraordinaires, ou à se faire représenter en cas d'empêchement :

M., signature :

Mme, signature :

En tant que membre, vous avez le droit de recevoir le **Journal de l'Association des Français de Gand**. Le journal de l'AFG diffuse des informations sur les activités de l'Association des Français de Gand, du Souvenir français, de l'Entraide française de Gand, de l'Alliance française et de la bande à Gavroche.

Acceptez-vous de recevoir le Journal de l'AFG ? Oui non

La bande à Gavroche A.S.B.L. s'engage à mettre tout en œuvre pour assurer la protection des données personnelles. Conformément à la Loi du 11 décembre 1998, vous avez un droit de regard et vous êtes donc habilité à corriger vos données personnelles. Vous pouvez exercer votre droit de regard et corriger le cas échéant vos données personnelles en adressant un courriel à info@labandeagavroche.be. Toutes vos informations resteront confidentielles et ne seront pas divulguées à de tierces personnes.

Je, soussigné(e), certifie avoir pris connaissance du règlement de « la Bande à Gavroche » et en accepter les fondements.

A le/...../.....,

Signature des parents :

Comment avez-vous connu cette association ?.....

Partie 2 : Autorisation pour l'utilisation de l'image et de la publication de photographie ou de vidéos

Pour la publication de photos de mineurs, le consentement des deux parents est toujours requis.

Je, soussigné(e) :

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
Qualité : père – mère - tuteur légal*	Qualité : père – mère - tuteur légal*

DECLARE SUR L'HONNEUR :

- avoir le plein exercice de l'autorité parentale à l'égard du ou des mineurs considéré(s)
- être investi(s) du droit de garde ou de la tutelle à l'égard du ou des mineurs considéré(s)
- être majeur à la signature de la présente autorisation

CONCERNANT LE OU LES ENFANTS CI-DESSOUS :

Nom	Prénom	Sexe	Né(e) le
-----	--------	------	----------

		M/F	
1.			
2.			
3.			
4.			

AUTORISE (cochez les cases utiles) :

- l'association La bande à Gavroche à photographier ou à filmer (captation, fixation, enregistrement, numérisation) le (les) représentant(s) lors des activités, sorties ou événements organisés par l'association et auxquels notre/nos enfant(s) participe(nt).
- la diffusion et la publication d'une ou plusieurs photographie(s) ou de vidéo(s) le (les) représentant dans les cadres strictement énoncés ci-après :
 - publication éventuelle à des fins de communication sur les documents et affiches de l'association
 - site web de l'association

Toute personne ayant un droit exclusif sur son image et l'utilisation qui en est faite, à défaut d'accord de votre part dans le cadre de la présente autorisation, son (leur) image ne pourra faire l'objet d'une quelconque fixation, utilisation, diffusion ou commercialisation.

AUTORISATION VALABLE UN AN A DATE DE LA SIGNATURE.

Fait à : le

Signature des deux parents ou tuteur(s) légal (aux) :

** Rayez la mention inutile*

Partie 3 FICHE MEDICALE

Inscrit(e) :

- Au cours 1 (2 ½- 4 ans) :
- au cours 2 (5-6 ans) :
- au cours 3 (7-8 ans) :
- au cours 4 (9-12 ans) :

Données personnelles :

Nom : Prénom :

Adresse :

Date et lieu de naissance :

Téléphone :Téléphone en cas d'urgence :

Autre personne à appeler si vous n'êtes pas joignable :

Coordonnées du médecin traitant :

Autorisez-vous l'asbl La bande à Gavroche :

- à appeler le médecin en cas d'urgence si vous n'êtes pas joignable ? Oui / Non*
- à emmener votre enfant à l'hôpital et donner des soins médicaux en cas d'urgence ? Oui / Non*

Maladies / Troubles : (dans le cas de fratries, précisez le prénom de l'enfant à côté de la pathologie)

Votre enfant souffre-t-il : d'asthme – d'épilepsie – d'allergie – de diabète – d'ADHD ? *

S'il souffre d'allergies, veuillez indiquer lesquelles :

Que faire en cas de crise ?

Souffre-t-il d'une autre affection ? Oui/ Non* Si oui, laquelle ?

Autres détails importants à connaître :

.....
.....

Tétanos : vaccination valide enfant :..... oui/ non

Enfant :..... oui/ non

Nous tenons à préciser que nos professeurs et animateurs ne sont autorisés à administrer aucun médicament sans prescription médicale.

Groupe sanguin : (si connu).....

Maladies antérieures, blessures ou interventions chirurgicales dont il faut tenir compte ? Oui / non*

Si oui, précisez :

Fait à _____ le ___/___/_____

Signature du parent / représentant légal :

* Barrez les mentions inutiles