

**Cocher l'activité(s) choisie(s) :**

<input type="checkbox"/> Parcours Astronomie les 6/07 et 7/07 <input type="checkbox"/> Paddle/Ski Nautique à Mercus le 8/07 <input type="checkbox"/> Cap Découverte à Carmaux du 6 au 10/07	<input type="checkbox"/> Arts du cirque le 13/07 <input type="checkbox"/> Canoe-Kayak le 20/07 <input type="checkbox"/> Parcours sportif le 23/07	<input type="checkbox"/> Sortie vallée d'Orlu le 15/07 <input type="checkbox"/> Cani rando le 21/07 <input type="checkbox"/> Initiation Yoga le 30/07
---	---	---

<b><u>Besoin de navette</u></b> <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Saint-Paul-de-Jarrat <input type="checkbox"/> Varilhes <input type="checkbox"/> Saint Jean de Verges
---	--

RESPONSABLE DU JEUNE	JEUNE
----------------------	-------

NOM : ..... Prénom : ..... Adresse : ..... Code postal : ..... Ville : ..... Téléphone Domicile : ..... Téléphone Portable : ..... Numéro allocataire CAF : .....	NOM : ..... Prénom : ..... Date de Naissance : ..... N° portable : ..... Adresse : ..... Mail : ..... Numéro de sécurité sociale : .....
---	--

<b><u>AUTRE PERSONNE A JOINDRE</u></b> (en cas d'urgence) <i>obligatoire</i> : Nom/Prénom : ..... Lien avec le jeune : ..... Tél. Domicile : ..... Portable : ..... Tel travail : .....	<b><u>ADHESION JEUNE <i>Obligatoire</i></u></b> Je soussigné(e), responsable du jeune..... Inscrire mon enfant à l'association PAAJIP pour une cotisation de 2€ pour l'année 2020 Date.....Signature · Chèque · Espèces
---	---

### AUTORISATIONS

J'autorise mon/ma fils/fille à participer aux activités, j'autorise la structure :

- D'une part à diffuser les photos et témoignages de mon enfant à la presse,
- Et d'autre part à les publier sur les sites et plaquettes de communication de la structure y compris les réseaux sociaux. Oui  Non
- J'autorise les responsables à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant y compris, éventuellement l'hospitalisation.
  - J'autorise mon/ma fils/fille à partir seul après l'activité. Oui  Non
  - Si non, je m'engage à venir le chercher à la fin de l'activité.

*Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales du fonctionnement et m'engage à le respecter.*

***La structure se décharge de toute responsabilité quant à la perte ou le vol des affaires personnelles du jeune.***

Date : \_\_\_\_\_ Lu et approuvé \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Fournir obligatoirement : la fiche de renseignements médicaux.

## **Autorisation de déplacement en Autonomie Limitée**

Je soussigné(e) : .....

Responsable du jeune : .....

Autorise celui-ci à se déplacer en autonomie dans le cadre des consignes fixées par l'équipe pédagogique du PAAJIP.

Ces déplacements sont toujours en petits groupes.

Les consignes ne sont pas négociables et doivent être respectées à la lettre.

Les déplacements s'effectuent sur de courtes durées, ils ne sont pas systématiques et sont remis en cause que si les animateurs le jugent nécessaires (notamment pour des raisons de sécurité).

Date :

Signature :