



Association Bébes dans l'eau
BP 81250
30015 NIMES CEDEX 1
Tél. : 06 34 29 19 44
Mail : bebesdansleau@gmail.com
www.bebesdansleau.com

Fiche d'inscription
Saison 2018-2019

Merci de compléter en majuscule

Enfant(s) :	1 ^{er} enfant *	2 ^{ème} enfant **	3 ^{ème} enfant **
Nom (en majuscule)			
Prénom			
Date de naissance			

* L'activité « Bébes dans l'eau » est ouverte aux enfants de 4 mois à moins de 5 ans au 1^{er} septembre de l'année d'inscription.

** Les familles ayant plusieurs enfants : le plus jeune enfant inscrit doit avoir moins de 5 ans (né en 2013 maxi.), les 2^{ème} et 3^{ème} enfants doivent avoir moins de 7 ans au 1^{er} septembre de l'année d'inscription (nés en 2011 maxi).

Parents :	Nom	Prénom	Profession
Accompagnateur 1			
Accompagnateur 2			
Accompagnateur 3			

ATTENTION : un adulte seul avec 3 enfants n'est plus acceptés pour des raisons de sécurité

Adresse complète :

Téléphone : **E-mail :**

Cotisation : 1 enfant = 200 € 2 enfants = 240 € 3 enfants et plus = 260 €

La cotisation inclut l'entrée de 2 accompagnateurs majeurs maximum et de l' (ou des) enfant(s) inscrit(s).

Seuls les enfants inscrits et les accompagnateurs inscrits sont assurés.

	Banque	N° du chèque	Nom de l'émetteur	Montant
Chèque 1				
Chèque 2				

Je soussigné(e)

responsable légal de l' (ou des) enfant(s) inscrit(s) ci-dessus, accepte que les photos de mon (ou mes) enfant(s) ainsi que moi-même soient publiées uniquement et avec un code d'accès sur le site de l'association.

Date et signature :

Partie réservée à l'association :

	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant
Photocopie vaccin (DT Polio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificat médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 2 enveloppes timbrées 220 x110 libellées à votre adresse
- + 1 enveloppes timbrée 220 x110 libellée à votre adresse pour attestation de cotisation
- Règlement intérieur
- Signature pour photos

Initiales vérificateur

Règlement :

Nombre de chèques :

Montant : €