



FICHE INSCRIPTION/ADHESION 2025-2026

NOM de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :Code postal :

Adresse :

LES PARENTS:

- Parent 1 : Nom.....Prénom.....

Date de naissancelieu de naissance.....

Adresse postale :

Villecode postal.....

Email :Tel.....

Profession

N° CAF 17ou MSA :QF CAF 2025.....

QF impôt sur le revenu = revenu fiscal de référence/Nbre parts.....

- Parents 2 : NomPrénom

Date de naissancelieu de naissance.....

.Adresse postale :

Villecode postal.....

Email :Tel.....

Profession :

N° CAF ou MSA :QF CAF 2025.....

Je certifie sur l'honneur que les informations sur ce bulletin sont exactes et, en adhérant aux EEDF, je m'engage à respecter les valeurs fondamentales de l'association.
Je soussigné(é).....père, mère, tuteur (1)

Signature du ou des représentants légal/ux

Eclaireuses Eclaireurs De France

Groupe Champlain

40 rue Auguste Roux

17300 ROCHEFORT



AUTORISATION

**A toute activité hebdomadaire, sortie,
WE, droit à l'image et activités
Aquatiques/nautiques**

Je soussigné (e) Madame, Monsieur (1) :

représentant légal de :

1) autorise mon enfant à participer à **toutes les activités** proposées par le groupe Eclaireuses Eclaireurs de France de Rochefort.

2) droit à l'image

J'autorise l'association des EEDF l'utilisation et l'exploitation de mon image ou celle de mon enfant dans le cadre de la promotion de l'association, notamment sur des supports que ce soit papier, support analogique ou numérique(ex: réseaux sociaux, affiches, flyers, rapports, site web...) En conséquence de quoi, je renonce expressément à me prévaloir d'un quelconque droit à l'image et à toute action à l'encontre de l'association qui trouverait son origine dans l'exploitation de mon image dans le cadre précité. : ☐ OUI ☐ NON

3) Autorise mon enfant à pratiquer des activités **aquatiques/nautiques** organisées par les EEDF pendant l'année et les séjours en 2025-2026 : ☐ OUI ☐ NON

A fournir le test de natation obligatoire à faire à la piscine - **sauf si déjà donné**

Fait àle202

Signature du ou des représentants légal/ux

A FOURNIR : - Fiche sanitaire 2025/2026 et attestation CAF 2025

(1) Rayer la mention inutile