

Accueil de Loisirs Année 2015

Nom de l'enfant : **ALLERGIES :**
Prénom :
Date de naissance :

REPRESENTANT LEGAL
 NOM : Prénom :
 Lieu dit/hameau :
 Code postal : Commune :
 TEL domicile : Adresse mail :
 TEL portable père : TEL portable mère :

SITUATION DE FAMILLE (entourez votre situation)
 Marié(e) - Concubinage - Célibataire - Veuf (ve) - Séparé(e) - Divorcé(e)
 Nombre d'enfants :

PROFESSION
 Père : Profession : TEL Travail :
 Employeur :
 Mère : Profession : TEL Travail :
 Employeur :

RENSEIGNEMENTS DIVERS
 CAF / MSA N° allocataire :
 Assurance/responsabilité civile : Compagnie + Numéro contrat :

<u>ATTESTATIONS PARENTALES :</u>	OUI	NON
Mon enfant est apte à la pratique d'activités sportives		
J'autorise mon enfant à participer aux activités, sorties, mini séjours... organisés par la structure		
J'autorise mon enfant à voyager en bus ou en minibus		
Mon enfant a pris des cours de natation		
J'autorise le personnel de la structure à prendre mon enfant en photo et à publier les photos dans la presse, sur les plaquettes ou à les afficher dans la structure, sans demander ni rémunération, ni droit d'utilisation et j'autorise la structure à filmer lors de spectacles, activités spécifiques...		
Je déclare exacts les renseignements portés sur la « fiche sanitaire de liaison » (au dos) et j'autorise la Directrice à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.		
Je certifie que mon enfant est assuré pour les accidents subis seul en activité extra-scolaire		
J'autorise mon enfant nommé ci-dessus à :		
-partir seul(e) de la structure entre 17H30 et 18H30		
-partir avec les personnes dont les noms suivent (qualité + téléphone):		

Fait à le / / Nom + Signature (s) :