



Photo

ACCUEILS DE LOISIRS

(Périscolaire, mercredis, vacances)

DATE :/...../.....

ENFANT

NOM :

Ecole:

PRENOM :

Classe :

Date de naissance :/...../.....

Lieu de naissance :

MEDICAL

Autorise l'intervention médicale : oui non

Médecin traitant :

Type de repas : Basique Sans Viande Autre :

Allergie alimentaire : oui non Si oui précisez :

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à rentrer seul : oui non

J'autorise la structure à prendre des photos de mon enfant : oui non

Et les diffuser sur les supports de la ville (Site ; Bulletin municipal, Facebook) oui non

(barrer les mentions inutiles)

RESPONSABLES

Parent 1 : Nom : Prénom :

Adresse :

Contacts: Portable Domicile..... Mail :

Profession : Téléphone travail :

Régime : Numéro Allocataire CAF :

Parent 2 : Nom : Prénom :

Adresse :

Contacts: Portable Domicile..... Mail :

Profession : Téléphone travail :

Régime : Numéro Allocataire CAF :

CONTACTS/ PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER MON ENFANT (Nom ; Prénom ; Lien avec l'enfant ; téléphone)

.....

.....

.....

Je soussigné, déclare exacts les renseignements ci-dessus.

Fait à :

Le :/...../.....

Signature :