

NOM :

PRENOM:

DATE DE NAISSANCE :

AGE :

Nom et prénom des parents:

ou

Nom et prénom du représentant légal :

Adresse:

Code postal :

Ville:

N° sécurité sociale:

N° CAF :

Quotient familial:

ou N°MSA :

Nom assurance responsabilité civile :

N° contrat:

	Père	Mère	OU:
Tél. domicile			
Tél. travail			
Tél. portable			
E-mail			

- J'autorise les responsables de l'accueil de loisirs à pratiquer ou à faire pratiquer en cas d'urgence, les soins médicaux nécessaires à la santé de mon enfant, et si nécessaire sous anesthésie.
Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.
- J'autorise les responsables de l'accueil de loisirs à reproduire et diffuser librement et gratuitement des photos et vidéos de ma personne et de mon enfant dans ses différentes publications (programmes, lettres, internet...)
- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités au centre ou à l'extérieur et à emprunter les différents moyens de transports mis à dispositions
- J'autorise mon enfant à se baigner (vaccin poliomyélite obligatoire).
 Mon enfant sait nager *Mon enfant ne sait pas nager*
- J'autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant:
 NOM ET PRENOM:
 NOM ET PRENOM:
- J'autorise mon enfant à partir seul du centre en fin de journée. Je m'engage à fournir une décharge si mon enfant devait exceptionnellement partir plus tôt.

Fait à la Meilleraye de Bretagne le

SIGNATURE