

FICHE D'INSCRIPTION

Centre aéré – automne 2024

ENFANT 1

Sexe : Fille Garçon

Nom & Prénom :

Date de naissance :

ENFANT 2

Sexe : Fille Garçon

Nom & Prénom :

Date de naissance :

N° Allocataire CAF : _____ Quotient Familial : _____ Régime alimentaire : Sans porc Sans Viande

Semaine(s) souhaitée(s) :

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités du centre aéré : OUI NON

Droit à l'image : j'autorise le personnel du C.S.C. à photographier ou filmer mon (mes) enfant(s) durant les activités : OUI NON

PARENT 1

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Nom de l'entreprise :

Adresse :

Numéro pro :

PARENT 2

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Nom de l'entreprise :

Adresse :

Numéro pro :

SANTÉ



Nom du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

En cas d'accident et dans l'impossibilité de me joindre, j'autorise les responsables à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité de mon enfant et à le transporter en cas d'urgence, chez le médecin ou à l'hôpital le plus proche.

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

Nom & Prénom

.....

Téléphone

.....

Lien de parenté

.....

Nom & Prénom

.....

Téléphone

.....

Lien de parenté

.....

J'ai pris connaissance et j'accepte les conditions du règlement intérieur du centre aéré : OUI

Signature :

Fait à :, le