

ENFANT :

NOM : _____ PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE : ___ / ___ / _____

ADRESSE : _____

ETABLISSEMENT SCOLAIRE : _____ CLASSE : _____

PARENTS :

Responsable Légal 1 :

NOM : _____ PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE : ___ / ___ / _____

ADRESSE : _____

TELEPHONES : Domicile : ___ . ___ . ___ . ___ . ___ Professionnel : ___ . ___ . ___ . ___ . ___ Portable : ___ . ___ . ___ . ___ . ___

ADRESSE MAIL POUR LA RECEPTION DES FACTURES : _____ @ _____

Responsable Légal 2 :

NOM : _____ PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE : ___ / ___ / _____

ADRESSE : _____

TELEPHONES : Domicile : ___ . ___ . ___ . ___ . ___ Professionnel : ___ . ___ . ___ . ___ . ___ Portable : ___ . ___ . ___ . ___ . ___

ADRESSE MAIL : _____ @ _____

* ALLOCATAIRE DE LA C.A.F. (Nom du responsable légal et numéro d'allocataire) : _____

AUTORISATIONS : Je soussigné(e) Mme, Mr _____, autorise

le personnel de l'association à prendre des photos ou filmer mon enfant dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs OUI - NON

l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence. OUI - NON

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

Je soussigné(e) Mme, Mr _____ Responsable de l'enfant, _____

Autorise les personnes suivantes à le reprendre au sein de l'accueil :

Nom : _____ Prénom : _____ Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Adresse : _____

Tél : _____ Tél : _____

SANTE

Allergie ou autres problèmes particuliers :

En cas d'accident, j'autorise Bleu Ciel à conduire mon enfant à l'hôpital le plus proche : OUI / NON

REGIME PARTICULIER : NON / OUI, à préciser :

Fait à Amiens le
SIGNATURE