

ENFANT :

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

ADRESSE : _____

ETABLISSEMENT SCOLAIRE : _____ CLASSE : _____

PARENTS :

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

ADRESSE (si différente de l'enfant) : _____

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

ADRESSE MAIL POUR LA RECEPTION DES FACTURES : _____ @ _____

* 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

En cas d'accident, j'autorise Bleu Ciel, à faire transporter, par les secours, mon enfant au service d'urgence le plus proche 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 (Si PAI, nous transmettre la copie complète du document) : _____

PAI (Projet d'accueil Individualisé), OUI - NON (nous transmettre la copie complète du document)

REGIME PARTICULIER : OUI - NON, à préciser : _____

Fait à Amiens le
SIGNATURE