



Nom de l'enfant :
Prénom de l'enfant :
 Sexe :
 Date de naissance :

Ecole :
 Classe :

Médecin traitant :

Autorisation d'intervention médicale :

Lieu d'hospitalisation :

Type de repas :

Autorisé à rentrer seul: Autorisation de baignade?: Autorisation sorties extérieures?:

Personnes à prévenir en cas d'accident	Personnes habilitées à récupérer l'enfant
.....
.....
.....

Nom du responsable :
Prénom du responsable :

Situation familiale :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

Employeur :

Profession :

Autorisation d'accès CAF PRO :

N° CAF :

Autre Régime :

N° :

Sous tutelle financière :

Organisme de tutelle :

PERE : Nom :

Prénom :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile : Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

Employeur :

Profession :

MERE : Nom :

Prénom :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile : Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

Employeur :

Profession :

Observations :

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.

Fait à, le :/...../.....

Signature

CESSATION DE DROITS À L'IMAGE

Les parents de l'enfant, nommé précédemment, autorisent la ville de Naintré à fixer, reproduire, publier et diffuser, sur tous les supports de communication de la ville (brochures, site internet¹, tracts, bulletin municipal, guide pratique, vidéos, journal...) l'image de mon enfant telle que fixée lors des activités de l'accueil de loisirs :

OUI NON

RÈGLEMENT

Les parents certifient avoir pris connaissance du règlement intérieur en vigueur de l'accueil de loisirs *la ferme à Julien*, disponible sur le panneau d'affichage de la structure et le site Internet de la ville.

A, le.....

Mention « *Lu et approuvé* »

Signature des parents

¹ Pour les images diffusées sur le site Internet de la ville, le signataire pourra à tout moment demander à ce que les photographies soient retirées du site. Cette demande sera formulée auprès du Maire de Naintré, par lettre recommandée avec accusé de réception. Le retrait sera effectué dans un délai raisonnable au regard des contraintes techniques imposées par la modification de la ou des pages sur lesquelles figurent les photographies.

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...
PRECISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :PRENOM :

ADRESSE PENDANT LE SEJOUR :

.....
.....

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT(facultatif).....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNEES DE LA STRUCTURE**

A.L.S.H / ACCUEIL PERI SCOLAIRE
RUE CHEDEVILLE
86530 NAINTRE

Tél. : 05/49/90/02/27 Fax : Email : clsh@naintre.fr

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....