

L'ENFANT :

Nom

Prénom

Sexe

Date de naissance __ / __ / ____

Age __

Médecin Traitant

Adresse

Tél __ / __ / __ / __ / __

RESPONSABLE LEGAL :

Nom

Prénom

Père Mère Autre :

Adresse :

Code postal _ _ _ _ _

Ville

Tél domicile __ / __ / __ / __ / __

Tél portable __ / __ / __ / __ / __

E-mail

Profession

Employeur

Tél professionnel __ / __ / __ / __ / __

N° sécurité sociale _ _ _ _ _

Etes-vous allocataire CAF ? Oui Non

Si oui, N° allocataire

Caisse d'appartenance : Rouen Autre :

Percevez-vous des allocations ? CAF MSA Autre

Avez-vous une mutuelle ? Oui Non

Si oui, Nom et Adresse de la mutuelle

.....

Assurance Responsabilité Civile :

Nom de la compagnie d'assurance

N° du contrat

AUTRE RESPONSABLE LEGAL :

Nom

Prénom

Père Mère Autre :

Adresse :

Code postal _ _ _ _ _

Ville

Tél domicile _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Tél portable _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

E-mail

Profession

Employeur

Tél professionnel _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Autres personnes à prévenir en cas d'accident ou de maladie :

Nom	Nom
Prénom	Prénom
Tél _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _	Tél _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom	Nom
Prénom	Prénom
Tél _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _	Tél _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Nom	Nom
Prénom	Prénom
Tél _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _	Tél _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

AUTORISATION DE SORTIE

J'autorise Je n'autorise pas

mon enfant à participer aux sorties organisées par le Centre de Loisirs

Je soussigné(e), responsable légal(e)
de l'enfant, déclare exacts les
renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure
d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par
l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale..)
Je m'engage également à régler tous les frais qui en résulteraient.

A, le _ _ / _ _ / _ _ _ _

Signature