

**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