



Informations administratives

ENFANT

NOM _____

Prénom _____

Né(e) le : ____/____/____

Âge : ____ ans

PARENT 1

NOM _____

Prénom _____

Tél : ____/____/____/____/____

Email : _____

PARENT 2

NOM _____

Prénom _____

Tél : ____/____/____/____/____

Email : _____

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE : Parent 1 Parent 2

Autre (préciser nom et n° de téléphone) _

Autorisation

- Je donne pouvoir au personnel d'encadrement de prendre toutes les dispositions que nécessiteraient l'état de santé de mon enfant:

OUI NON

- Je certifie que mon enfant ne présente aucune contre-indication à pratiquer des activités physiques et sportives de loisirs

- J'autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile à la fin de l'activité : OUI NON

Remarques : _____

Droit à l'image

Le service vie associative réalise des images prises lors des animations pour la communication (presse, plaquette), autorisez-vous le droit à l'image OUI NON

Fiche sanitaire

Asthme : Oui Non

Recommandations particulières : (lentilles, lunettes, appareils auditifs...)

Assurance

Joindre une attestation de la part de l'assureur certifiant être couvert en Responsabilité Civile

Le : ____/____/____ à : _____ SIGNATURE :