

Année scolaire 2018-2019

N°

ACCUEIL MATIN (7h30 - 8h20)

ANIMATION APRÈS L'ÉTUDE (18h - 19h)

ÉCOLE FRÉQUENTÉE :



NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT :

DATE DE NAISSANCE :


Garçon Fille


ADRESSE :



	Père	Mère
Nom et prénom		
 (portable de préférence)		
 Téléphone professionnel		

Situation familiale : Mariés Pacsés Vie maritale Célibataire Divorcé(s)

PERSONNES VENANT CHERCHER L'ENFANT AUTRES QUE LES PARENTS		
Nom et prénom	Adresse	 (portable de préférence)

PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE AUTRES QUE LES PARENTS		
Nom et prénom	Adresse	 (portable de préférence)

PARTIE RÉSERVÉE AU SERVICE						
ALLERGIES (à préciser)				VACCINS		
Alimentaire(s)	OUI	NON		DT Polio	BCG	
Asthme	OUI	NON				
Médicament(s)	OUI	NON				

J'AUTORISE LA DIRECTION DES CENTRES DE LOISIRS ÉLÉMENTAIRES

- À prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

- À le photographier, filmer et le représenter sur les supports municipaux destinés aux expositions locales, journaux...

Date :

SIGNATURES OBLIGATOIRES DES PARENTS