

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

**AUTORITÉ PARENTALE**

**PÈRE** (ou tuteur légal\*)

**MÈRE** (ou tutrice légale\*)

NOM		
PRÉNOM		
ADRESSE		
C.P. / VILLE		
TÉLÉPHONES	dom.	dom.
	port.	port.
	travail	travail
PROFESSION		
E-MAIL PARENTS		
Autre(s) personne(s) autorisée(s) à récupérer l'enfant		
NOM	PRÉNOM	ADRESSE / CP / VILLE
TÉL. DOMICILE	TÉL. PORTABLE	
E-MAIL :		

**[VACCIN] DT POLIO (noms et dates)**

1re injection :	3e injection :	rappel :
date :	date :	date :
2e injection :	rappel :	[ VACCIN] BCG - Date :
date :	date :	

CAS PARTICULIER (handicap, allergie, régime alimentaire, etc.) .....

**CARTE DES FAMILLES**  
numéro      date

--	--

CAF    MSA    EDF    SNCF

FACTURE :    OUI     NON

**TOUSSAINT**    1/2 J.    1 J.

SEM. 1

SEM. 2

date :

**NOËL**    1/2 J.    1 J.

SEM. 1

SEM. 2

date :

**HIVER**    1/2 J.    1 J.

SEM. 1

SEM. 2

date :

**PÂQUES**    1/2 J.    1 J.

SEM. 1

SEM. 2

date :

**ÉTÉ**    1/2 J.    1 J.

SEM. 1

SEM. 2

SEM. 3

SEM. 4

SEM. 5

SEM. 6

date :

**Familles**    FÉDÉRATION  
*en mouvement*    DU RHÔNE

Association des Familles de

Saint-Georges-de-Reneins

B.P. 30 - 69830 Saint-Georges-de-Reneins

cadre réservé à l'association

DÉCLARATION DU RESPONSABLE LÉgal

**Je soussigné nom** .....

**prénom** .....

- AUTORISE** mon enfant à participer à toutes les activités du centre aéré (piscine, sorties, activités sportives, etc.) ;
- AUTORISE** mon enfant à regagner seul mon domicile\* :  
**si oui**, je dégage l'Association des Familles de Saint-Georges-de-Reneins de toute responsabilité,  
**si non** : il sera récupéré par mes soins ou par l'accompagnant désigné dans le cadre « personne autorisée à récupérer l'enfant » ;
- DÉCLARE** exacts les renseignements portés sur cette fiche ;
- AUTORISE** les responsables du centre de loisirs à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, et **M'ENGAGE** à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

- M'ENGAGE** à prendre en charge les frais supplémentaires d'un retour prématuré : frais individuels de l'enfant et frais aller-retour de l'accompagnateur ;
- CERTIFIE** avoir pris connaissance des conditions générales du fonctionnement du centre aéré, et les accepter sans réserve ;
- CERTIFIE** que les vaccinations de mon enfant sont à jour ;
- M'ENGAGE**, en cas d'absence de mon enfant (sur une demi-journée, une journée complète, ou semaine entière), à fournir un certificat médical, **sans quoi, aucun remboursement ne sera effectué pour cette absence.**

Fait à SAINT-GEORGES-DE-RENEINS, le : .....

Signature :

\* rayer la mention inutile