

fiche de renseignements **ENFANT**

valable pour l'année scolaire 2015-16

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 :		

cadre réservé à l'association

Familles en mouvement FÉDÉRATION DU RHÔNE
 Association des Familles de Saint-Georges-de-Reneins
 B.P. 30 - 69830 Saint-Georges-de-Reneins

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 :

DÉCLARATION DU RESPONSABLE LÉGAL

* rayer la mention inutile

CRÉATION : WWW.DELPHINE-GUICHARD.FR POUR L'ASSOCIATION DES FAMILLES DE SAINT-GEORGES-DE-RENEINS EXCLUSIVEMENT // UTILISATION ET REPRODUCTION STRICTEMENT INTERDITES