

fiche de renseignements **ENFANT**

valable pour l'année scolaire 2016-17

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

AUTORITÉ PARENTALE

PÈRE (ou tuteur légal*)

MÈRE (ou tutrice légale*)

NOM		
PRÉNOM		
ADRESSE		
C.P. / VILLE		
TÉLÉPHONES	dom. port. travail	dom. port. 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

MINI-CAMPS

10-13 ANS
du 24 au 28 juillet 2017

14-17 ANS
du 17 au 21 juillet 2017

date :

cadre réservé à l'association



Association des Familles de Saint-Georges-de-Reneins
B.P. 30 - 69830 Saint-Georges-de-Reneins



DÉCLARATION DU RESPONSABLE LÉGAL

Je soussigné nom **prénom**

- AUTORISE** mon enfant à participer à toutes les activités du du mini-camps (piscine, sorties, activités sportives, etc.) ;
- AUTORISE** l'Association des Familles de Saint-Georges-de-Reneins à réaliser des photos de mon enfant mineur;
- DÉCLARE** exacts les renseignements portés sur cette fiche ;
- AUTORISE** les responsables du mini-camps agissant sous l'autorité de l'Association des Familles de Saint-Georges-de-Reneins 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 mini-camps, 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 la 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