

fiche de renseignements ENFANT

valable pour l'année scolaire 2021-22

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.)



ACCUEIL DES MERCREDIS

2021-22

CARTE DES FAMILLES

numéro date

--	--

CAF MSA EDF SNCF

FACTURE: OUI NON

Déjà inscrit(e) aux petites vac. ?

OUI NON

TRIMESTRE 1

- demi-journée
 matin après-midi
 repas
 journée complète

TRIMESTRE 2

- demi-journée
 matin après-midi
 repas
 journée complète

TRIMESTRE 3

- demi-journée
 matin après-midi
 repas
 journée complète

Familles en mouvement FÉDÉRATION DU RHÔNE

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

cadre réservé à l'association

UTILISATION ET REPRODUCTION STRICTEMENT INTERDITES

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.
- CONDITIONS DE REMBOURSEMENT** : uniquement sur présentation d'un certificat médical justifiant de l'incompatibilité de l'état de santé de l'enfant avec l'accueil de loisirs. Le cas échéant, toute semaine réservée reste dûe.

J'ATTESTE AVOIR COMPRIS ET ACCEPTÉ LES CONDITIONS DE REMBOURSEMENT MENTIONNÉES CI-DESSUS EN POINT 8

Fait à SAINT-GEORGES-DE-RENEINS, le :

Signature :

* rayer la mention inutile