

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ENFANT

- 6 ans

+ 6 ans

N° adhérent :

Date inscription :

NOM de l'enfant:

PRENOM de l'enfant:.....

Date et lieu de naissance de l'enfant :.....

Nom du/des responsables :

COORDONNEES du/des responsables :

Adresse :

.....
.....
.....

Mobile :

Domicile :

Professionnel :

Email :.....

ASSURANCE (responsabilité civile) :

Compagnie : N°.....

AUTRES RENSEIGNEMENTS (facultatifs)

Jour de la séance :

Mardi après-midi

Jeudi après-midi

Mercredi après-midi

Samedi matin

Stage vacances

Bénéficiaires de la carte Vacances Loisirs. : OUI NON

Si oui, merci de fournir une photocopie

Profession des parents :

Connaissance Archipel :.....

Autres renseignements:

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

AUTORISATIONS PARENTALES / ATTESTATION D'ASSURANCE / DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) :....., responsable de l'enfant :

* **Autorise mon enfant à participer**, pour l'année scolaire aux activités dans les locaux d'Archipel (ateliers, jeux, récréation...) et aux activités à l'extérieur de la structure (sorties, visites d'expositions et promenade...)

* **Autorise mon enfant à sortir seul du centre ARCHIPEL à la fin des activités** : OUI NON

Si non, merci de préciser les noms et prénoms des personnes qui peuvent venir chercher votre enfant :

.....

* **Certifie que mon enfant est bien assuré** à sous le numéro :

Archipel effectue régulièrement des **reportages photos de vos enfants** dans le cadre de ses activités, destinés à être utilisés sur nos supports de communication.

Autorisez-vous cette utilisation ? OUI NON

Fait à Toulouse, le

Signature du responsable légal :