

FICHE D'INSCRIPTION CENTRE DE LOISIRS



Nom et prénom :

Age :

Date de naissance :

A signaler sur la santé de l'enfant (asthme, allergie...) :

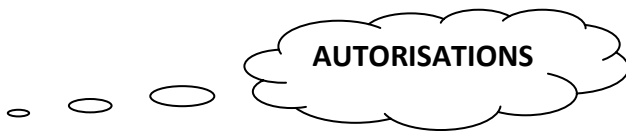
Nom et numéro sécurité sociale affilié :

Nom et téléphone du médecin traitant :



| | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| MERE Nom, prénom : | PERE Nom, prénom : |
| Adresse : | Adresse : |
| | |
| E mail : | E mail : |
| Tél : | Tél : |
| Numéro CAF : | Numéro CAF : |

Autre personne à prévenir en cas d'urgence :



- J'autorise mon enfant à regagner seul mon domicile. Je précise les conditions de mon autorisation.
- Sont autorisés à venir chercher mon/mes enfants :
- J'autorise l'AIREL à utiliser le droit à l'image dans le cadre de ses actions.
- J'autorise le directeur du centre à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.
- J'autorise mon enfant à participer aux activités proposées par le centre de loisir et à prendre les moyens de transports assurés pour le fonctionnement de l'AIREL.
- J'accepte de recevoir par mail les factures ainsi que la publicité de l'AIREL.

A : Le : Signature :