

Enfant

Nom/prénom(s) :

Date de naissance : Lieu :

Parents

Nom/prénom(s) du responsable :

Adresse :

Code Postal : Ville :

N°Tél : /

N° CGSS :/...../...../...../...../...../..... Profession :

Mail :

N° Allocataire :

L'ordre des vœux : *numéroter par ordre de préférence de 1 à 6

Attention : les activités seront validées suite aux nombres de places, la facture précisera les activités attribuées.

Dates	04 janv	05 janv	06 janv	11 janv	12 janv	13 janv
Activités	Aquatys	Caze VR	Cinéma	Bowling	E. Sport	Laser Quest
Choix *						
Prix	7 €	7 €	7 €	7 €	5 €	7 €

Restauration/ habitudes alimentaires liés aux convictions personnelles, pour votre enfant :

.....

Autorisation parentale

Je soussigné(e), agissant en qualité de titulaire de l'autorité parentale sur le mineur : l'autorise à participer à l'accueil de loisirs.

J'autorise à prendre des photos de mon enfant au cours des activités et les utiliser dans des supports de communication : OUI NON

Je garantis à la Commune, que j'ai autorisé pour accorder cette autorisation contre tout recours ou action que pourrait former toute personne physique ou morale qui estimerait avoir des droits quelconques à faire valoir sur tout ou partie de cette autorisation.

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités OUI NON

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire OUI NON

Nom de la compagnie :

Informations sanitaires-Fiche sanitaire de liaison à remplir

Vaccins à jour : OUI NON Lunettes : OUI NON

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis, et je m'engage à signaler tout changement modifiant les informations de cette fiche. Je reconnais être informé que ; les données recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à assurer la prise en compte des inscriptions.

Petite-Île le,

Signature