

ENFANT (renseignements)

Nom :	Date de naissance :
Prénom :	Sexe de l'enfant :

Autorisation parentale



J'autorise tout médecin à intervenir en cas d'urgence et si nécessaire, faire hospitaliser mon enfant et lui prodiguer les soins nécessaires

oui non



J'autorise l'utilisation de photos et de films de mon enfant dans le cadre des activités du service Enfance Jeunesse et de la restauration scolaire (ces documents pouvant être affichés, publiés ou diffusés dans les différents supports de communication de la municipalité.)

oui non



J'autorise mon enfant à partir seul de l'activité (La responsabilité de la commune est dérogée à partir de l'heure de fin d'activité.)

oui non



Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

idem enfant 1

Nom, Prénom : Qualité : Tél :

Nom, Prénom : Qualité : Tél :

Nom, Prénom : Qualité : Tél :

Particularités médicales



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

Nom du médecin traitant :

..... Tél : idem enfant 1



Recommandations des parents :

(Régime alimentaire spécifique, allergies, port de lunettes...)

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

Merci de joindre une attestation d'assurance et une copie des vaccinations à jour.

ENFANT (renseignements)

Nom :	Date de naissance :
Prénom :	Sexe de l'enfant :

Autorisation parentale



J'autorise tout médecin à intervenir en cas d'urgence et si nécessaire, faire hospitaliser mon enfant et lui prodiguer les soins nécessaires

oui non



J'autorise l'utilisation de photos et de films de mon enfant dans le cadre des activités du service Enfance Jeunesse et de la restauration scolaire (ces documents pouvant être affichés, publiés ou diffusés dans les différents supports de communication de la municipalité.)

oui non



J'autorise mon enfant à partir seul de l'activité (La responsabilité de la commune est dérogée à partir de l'heure de fin d'activité.)

oui non



Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

idem enfant 1

Nom, Prénom : Qualité : Tél :

Nom, Prénom : Qualité : Tél :

Nom, Prénom : Qualité : Tél :

Particularités médicales



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

Nom du médecin traitant :

..... Tél : idem enfant 1



Recommandations des parents :

(Régime alimentaire spécifique, allergies, port de lunettes...)

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

Merci de joindre une attestation d'assurance et une copie des vaccinations à jour.