

ENFANT 3 (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.

Service Enfance - Jeunesse

3-17 ans

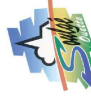
DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

Restauration scolaire, Accueil Périscolaire, TAP,
Accueils de Loisirs mercredis
et vacances scolaires (Planète Mômes et Oxyjeunes)

Noms des tuteurs et représentants légaux

| | |
|---|-------------------------------|
| 1. Qualité : | 2. Qualité : |
| Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : |
| Adresse : | Adresse : |
| Code postal : | Code postal : |
| Commune : | Commune : |
| Tél. domicile : | Tél. domicile : |
| Tél. portable : | Tél. portable : |
| Tél. professionnel : | Tél. professionnel : |
| Tél. portable professionnel : | Tél. portable professionnel : |
| Email : | Email : |
| Allocataire | |
| N° d'allocataire CAF : | |
| N° d'allocataire MSA (sécurité sociale) : | |

Indiquez le représentant qui prendra en charge les factures afférentes :
 1
 2
 dispositions particulières :



ENFANT 1 (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

Nom, Prénom : Qualité : Tél :
Nom, Prénom : Qualité : Tél :
Nom, Prénom : Qualité : Tél :



Particularités médicales

Nom du médecin traitant :

Tél :



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 2 (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

Nom, Prénom : Qualité : Tél :
Nom, Prénom : Qualité : Tél :
Nom, Prénom : Qualité : Tél :



Particularités médicales

Nom du médecin traitant :

Tél :



Recommandations des parents :

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

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

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