



NOM :

Photo

PRENOM :

Né(e) le :à.....

Ecole :

Nom du Père :Profession :

Nom de la mère :Profession :

Adresse :
.....
.....
.....

Tel domicile :Tel Professionnel :Portable :

Email :

Médecin de famille :Téléphone :

Particularités :
.....
.....
.....

Je soussigné :

Autorise mon enfant :

- A pratiquer les activités proposées par le centre.
- Autorise la Direction à faire intervenir un médecin en cas de nécessité.
- Autorise, en cas d'urgence, à faire hospitaliser mon enfant et si nécessaire à laisser pratiquer sur lui une anesthésie générale.
- Autorise le centre à publier les photos de mon enfant sur le site de l'institution.

J'autorise les personnes suivantes à conduire et à ramener mon enfant :

-..... Tél :

-..... Tél :

-..... Tél :

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Signature des parents :

Date :

Réservé à la direction

Réservé à la direction