

Accueil de Loisirs 2011 / 2012

Vous dépendez du

Régime général (CAF) Régime agricole (MSA) Caisse maritime autres organismes

Indiquez votre numéro d'allocataire :

NOM, prénom de l'enfant :

Date de naissance : Sexe : F M

NOM, prénom du représentant légal (père, mère ou tuteur):

Adresse

Cette adresse sera l'adresse de facturation.

Téléphone domicile : Portable

Numéro de Téléphone en cas d'urgence :

Nom et Numéro de Téléphone du médecin traitant :

Numéro de sécurité sociale valable pour l'enfant :

L'enfant est-il sujet à des malaises particuliers : OUI - NON Si OUI, lesquels

L'enfant a-t-il des allergies : OUI - NON Si OUI, lesquelles :

L'enfant est-il à jour de ses vaccinations : OUI - NON **Joindre une photocopie des pages de vaccinations**

AUTORISATION DE SOINS D'URGENCE

Je soussigné, Madame, Monsieur,, responsable de l'enfant ci-dessus désigné, autorise le responsable de l'Accueil de loisirs de la Ville de BAUD à prendre après avis du corps médical, toutes mesures médicales ou chirurgicales rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Nom et Numéro de téléphone des personnes autorisées à venir chercher l'enfant au centre :

- Nom Tél. :

- Nom Tél. :

Je soussigné :

Autorise N'autorise pas Mon enfant à quitter seul le centre à partir de 17 H 30.

AUTORISATION D'UTILISATION DES DROITS A L'IMAGE.

Je soussigné, Madame, Monsieur,, responsable de l'enfant

Autorise le personnel éducatif de l'Accueil de Loisirs à prendre mon enfant en photo et à publier ces dernières sur le site Internet de la Commune de BAUD. Autorise N'autorise pas

A BAUD, le

Signature