



RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT :

Fille Garçon

😊 Nom :

😊 Prénom (s) :

🕒 Date de naissance :

📄 Adresse :

📄 Code postal : 📄 Ville :

☎️ Portable Mère : ☎️ Portable Père :

✉️ E-mail :

Par la communication de cet e-mail, j'accepte que la commune de Landéda m'adresse des informations liées aux activités proposées durant les vacances scolaires ? Oui Non



RESPONSABLE LÉGAL :

Père Mère Tuteur

😊 N°1 - Nom et Prénom :

☎️ Tél portable :

📄 Adresse :

Père Mère Tuteur

😊 N°2 - Nom et Prénom :

☎️ Tél Portable :

📄 Adresse :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autres que les parents ou tuteurs) :

😊 N°1 - Nom et Prénom :

☎️ Tél Portable :

J'autorise mon enfant à rentrer seul du centre : Oui Non



DECHARGES :

Je soussigné(e) :

Agissant en qualité de : déclare :

<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Autoriser mon enfant à participer aux activités organisées. Avoir pris connaissance que la commune de Landéda est déchargée de toute responsabilité si un accident survient à votre enfant en dehors du créneau horaires des activités.
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Autoriser le responsable de l'accueil à transporter mon enfant pour les sorties extérieures ou sur les différents sites de la commune. Autoriser le responsable de l'accueil à faire transporter en cas d'accident ou pour toute autre raison mon enfant chez le médecin, à l'hôpital ou à la clinique les plus proches pour y recevoir tous les soins médicaux nécessaires.
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Autoriser le responsable de l'accueil à photographier et/ou filmer mon enfant dans le cadre de la communication communale.
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Je déclare sur l'honneur avoir une assurance « responsabilité civile ».
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Avoir pris connaissance des horaires d'activités et du planning.



FICHE SANITAIRE :

Asthme : Oui Non

Allergie (respiratoire, alimentaire, de contact etc...) : Oui Non

Si oui, la/lesquelles :

Régime alimentaire spécifique :

Recommandations utiles des parents (lunettes, prothèse auditives, prothèses dentaires etc...) :

.....

 N°1 - Personne à prévenir en cas d'urgence :

 Tél :

 N°2 - Personne à prévenir en cas d'urgence :

 Tél :



PIECES A FOURNIR :

Dossier d'inscription rempli



Programme avec les activités choisies

Fait à.....

Le

Fiche sanitaire



Paiement

Signature :