

ESPACE ENFANCE - JEUNESSE DE CAGNY



NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :

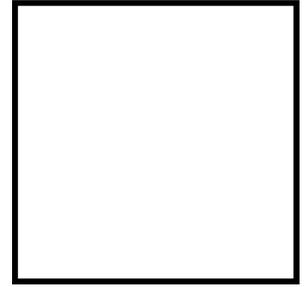
Sexe: Date de naissance:...../...../.....

Mutuelle:..... N° de Sécurité Sociale:.....

Autorisation d'intervention médicale : oui non

Médecin traitant (nom et ville):

N° de téléphone du Jeune :



AUTORISATIONS :

	OUI	NON
DE DROIT A L'IMAGE : Autorisation de publication de film ou photos de votre enfant lors d'activités mises en place par le centre. Ces images seront exploitées pour des articles de presse, sites internet, expositions photos.		
DE COVOITURAGE : Autorisation de monter dans un véhicule lorsque du covoiturage est organisé pour effectuer un déplacement dans le cadre d'une activité organisée par le centre.		
DE PARTICIPER AUX SORTIES : Autorisation de participer aux différentes sorties extérieures organisées dans le cadre du centre et effectuées par le biais de transports (Bus, Covoiturage, Train, Tram, Mini-bus...)		
DE DEPLACEMENTS : Autorisation de déplacements à pieds pour participer aux différentes activités organisées au sein de la commune (Grands jeux, ballade...)		
DE RENTRER SEUL-E : Autorisation permanente de rentrer seule à l'heure précisée par la famille		
DE RENTRER SEUL-E : Autorisation ponctuelle de rentrer seul à l'heure précisée par la famille		

NOM ET PRENOM DU RESPONSABLE 1

Profession :Adresse mail:.....

Adresse :

Code postal et Ville :Téléphone domicile:.....Portable.....

Situation familiale:.....

N° CAF (7 chiffres + 1 lettre):.....

Montant Quotient Caf:.....Autre régime:..... N°:.....

NOM ET PRENOM DU RESPONSABLE 2*(ne pas réinscrire les informations similaires)*

Profession :Adresse mail:.....

Adresse :

Code postal et Ville :Téléphone domicile:.....Portable.....

Situation familiale:.....

N° CAF (7 chiffres + 1 lettre):.....

Montant Quotient Caf:.....Autre régime:..... N°:.....

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence ou pouvant récupérer mon enfant :

.....
.....

