

CENTRE DE LOISIRS CHEVRIERES – AVRIL 2023

Nous vous remercions de bien vouloir compléter ce document et de la ramener le jour de l'inscription. Informez-nous de tout changement concernant votre enfants (adresse, téléphone, allergies, ...) ****1 bulletin par enfant ! ****

Nom & Prénom : Date de naissance : / /

Adresse :

Nom & Prénom du responsable légal de l'enfant :

Téléphone : - Mail :

Merci de cocher les journées de Février :

AVRIL (S1)				AVRIL (S2)			
Lun 10	Mar 11	Jeu 13	Ven 14	Lun 17	Mar 18	Jeu 20	Ven 21

Adhérent à l'AFR de :

Profession du responsable de l'enfants :

Nom et adresse de l'employeur :

Les allocations familiales sont versées par : CAF Loire ; MSA ; ...)

Nom et adresse de la caisse :

N° d'allocataire :

Nom, adresse et téléphone du médecin de famille :

.....

AUTORISATIONS

Je soussigné(e)

_ Autorise les responsables du centre qui aura lieu à
Du Au À présenter mon enfant à un médecin en cas de soins à donner d'urgence et, si nécessaire, sous anesthésie.

_ Autorise également les responsables à raccompagner l'enfants après consultation à l'hôpital.

_ Autorise mon enfant à participer à toutes activités proposées durant le centre.

_ Autorise les responsables du séjour à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités du centre :

- En voiture individuelle (association ou bénévoles)
- Par des moyens de transports collectifs et publics (bus, ...)

DROIT A L'IMAGE

J'autorise l'AFR à utiliser les photos/vidéos de mon enfant, prises lors du centre, pour un usage promotionnel des activités du réseau et de l'Association : **OUI** **NON**

Observation :

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

Personnes autorisées à récupérer l'enfant + N° de téléphone

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

Le , à

Signature(s) : « Lu et approuvé »

DOC A