

## CENTRE DE LOISIRS CHEVRIERES – FEVRIER 2024

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 d'OCTOBRE et NOVEMBRE:**

FEVRIER (S1)					FEVRIER - MARS (S2)				
Lun19	Mar20	Mer21	Jeu22	Ven23	Lun26	Mar27	Mer28	Jeu29	Ven01
		X					X		

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**