

Cours suivi :

NOM ET PRÉNOM DE L' ENFANT :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

ADRESSE : RUE..... N°.....
C.P..... LOCALITÉ :

ADRESSE MAIL :

VIGNETTE DE MUTUELLE

* PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM ET PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ	TÉL PRIVÉ OU G.S.M.

2* SANTÉ

NOM DU MÉDECIN TRAITANT ET N° DE CONTACT : -/.....

GROUPE SANGUIN :

INDICATION(S) MÉDICALE(S) (SI IMPORTANTE(S)) :

!!! SANS PRESCRIPTION MÉDICALE, AUCUN MÉDICAMENT NE SERA ADMINISTRÉ À VOTRE ENFANT
LES INFORMATIONS DANS CETTE FICHE SONT RÉPUTÉES EXACTES ET COMPLÈTES. EN CAS D'URGENCE, ET DANS L'IMPOSSIBILITÉ DE CONTACTER LES PARENTS, CEUX-CI AUTORISENT LE RESPONSABLE À PRENDRE TOUTE MESURE MÉDICALE CONCERNANT L' ENFANT QUI S' AVÉRERAIT NÉCESSAIRE.

3* PERSONNES AUTORISÉES À REPRENDRE L' ENFANT À LA FIN DU COURS

NOM ET PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ	TÉL PRIVÉ OU G.S.M.

PERSONNE NE POUVANT **ABSOLUMENT PAS** RÉCUPÉRER L' ENFANT : **LE SIGNALER AU RESPONSABLE !**
NOM ET PRÉNOM : LIEN DE PARENTÉ :

4* DROIT À L' IMAGE

J' AUTORISE L' ORGANISATEUR À PUBLIER AU TRAVERS DE DIVERS MÉDIAS DES PHOTOS/VIDEOS DE MON ENFANT EN ACTIVITÉS PRISES LORS DES COURS HEBDOMADAIRES OUI / NON

FAIT À, LE

CERTIFIÉ SINCÈRE ET VÉRITABLE
SIGNATURE DU PARENT OU DU TUTEUR LÉGAL