

Année scolaire 2017/2018

Papiers à fournir :

- mutuelle
- assurance
- sécurité sociale
- vaccins
- règlement intérieur

Cotisation vacances

Cotisation ateliers hebdomadaires

Nom : **Prénom :**

Date de naissance : **Age :**

Nom et prénom du représentant légal :

Adresse.....
.....
.....

En cas d'accident, Destination 11/17 s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant les numéros de téléphone nécessaires:

☎ domicile : ☎ professionnel :

☎ père : ☎ mère :

☎ d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

J'autorise

Je n'autorise pas

la structure « Destination 11/17 » à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre de ses activités.

J'autorise

Je n'autorise pas

mon fils / ma fille à participer aux activités et sorties organisées par la structure municipale Destination 11/17.

J'autorise mon fils / ma fille à partir seul à la fin des activités.

J'autorise les personnes ci-dessous à venir chercher mon fils / ma fille, si celui-ci n'est pas

autorisé à partir seul :

En cas d'urgence, un jeune accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un jeune mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné,....., responsable légal, autorise l'anesthésie de notre fils/ fille au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A le2017/2018

Signature :

Observations particulières (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre, habitude alimentaire : végétarien, sans porc, sans viande...) :

Nom et téléphone du médecin traitant :