



DESTINATION 11/17

Année scolaire 2020/2021

Papiers à fournir :

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

JEUNE

Nom : Prénom :
Date de naissance : Age :
☎
Mail :@.....

FAMILLE

Nom et prénom du représentant légal :
Adresse :
.....
.....
Mail :@.....

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 et à utiliser ces images pour toute publication éditée par la ville (brochures, affiches, dépliants, ...)

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 Je n'autorise pas
mon fils / ma fille à sortir de la structure pour rentrer déjeuner à la maison entre 12 h et 14 h.

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

OU

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, le2020/2021

Signature :

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

Nom et téléphone du médecin traitant :