

Autorisation parentale ou du responsable légal

Je soussigné(e),

Père, mère, responsable légal* de (Préciser Nom et Prénom de l'enfant ou des enfants)

NOM : Prénom :

NOM : Prénom :

NOM : Prénom :

NOM : Prénom :

- atteste sur l'honneur avoir l'autorité nécessaire pour inscrire l'enfant ou les enfants susnommés et déclare exacts les renseignements portés sur la fiche
- atteste avoir pris connaissance du Projet Educatif du Centre de Loisirs du Val d'Eygues.
- certifie avoir lu le Règlement Intérieur de la structure et m'engage à le respecter.
- autorise les personnes majeures suivantes à amener ou à récupérer mon (mes) enfant(s) :

Nom, prénom, téléphone :

.....

- autorise les personnes suivantes à être contactées en cas d'urgence si le responsable du Centre de Loisirs n'arrivait pas à joindre les parents ou les responsables légaux :

Nom, prénom, téléphone :

.....

autorise mon (mes) enfant(s) :

- à participer à toutes les activités du Centre de Loisirs du Val d'Eygues (activités courantes, sportives, ludiques, artistiques, etc,...)
- à venir et rentrer seul au bus s'il(s) a(ont) plus de 10 ans

autorise le responsable du Centre de Loisirs du Val d'Eygues ou l'équipe d'animation :

- à faire transporter mon (mes) enfant(s) pour les besoins des activités par des moyens de transports collectifs (bus ou minibus).
- le cas échéant, à faire procéder à toute intervention médicale (soin, hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale) nécessitée par l'état de santé de mon (mes) enfant(s)
- à prendre des photographies de mon (mes) enfant(s) et à les diffuser lors de publications (journaux, presse, ...) ou de manifestations liées à la vie du Centre de Loisirs ou sur le site internet de la Communauté de communes.
- à utiliser les produits pharmaceutiques suivants pour effectuer des soins bénins : pommade à base d'arnica, apaysil, dermaspray, héxoméline, biafine

Fait à, le

Signature



NOM ENFANT(S) :

NOM PARENTS :

Commune :

CENTRE DE LOISIRS INTERCOMMUNAL DU VAL D'EYGUES

DOSSIER FAMILIAL D'INSCRIPTION 2009 - 2010

Pièces à joindre au dossier :

- Photocopie carnet de vaccination ou certificat médical
- Justificatif du quotient familial
- QF:
- Justificatif aides aux vacances
(Bons vacances loisirs CAF, MSA, ...)
- Justificatif assurance extrascolaire
- Frais de dossier (15 €)

Centre de Loisirs Intercommunal du Val d'Eygues

COMMUNAUTÉ DE COMMUNES

Les Laurons 26 110 NYONS

Tél. : 04 75 26 98 85 Fax : 04 75 26 28 54 E-Mail : ccve@cc-valdeygues.fr

RESPONSABLE(S) LÉGAL(AUX)

Nom et prénom de la mère ou du responsable légal :

Nom et prénom du père ou du responsable légal :

Adresse :

Adresse :

CP : _____ Commune : _____

CP : _____ Commune : _____

✉ email :

✉ email :

☎ Domicile :

☎ Domicile :

Portable :

Portable :

Travail :

Travail :

Profession :

Profession :

Employeur :

Employeur :

Médecin traitant :

Nom et prénom du médecin : _____

Ville : _____ Tél. : _____

ENFANT(S)

Régime de sécurité social :

Régime général MSA Autre : _____

Adresse du Centre Payeur : _____

Prestations familiales :

Reçoit des prestations familiales : Oui Non

À quel organisme êtes-vous affilié ?

CAF MSA Autre : _____

N° Allocataire CAF, ou autres : _____

Département d'affiliation : _____

Assurance :

Organisme : _____

N° d'adhérent : _____

Nom, Prénom :

Date de naissance :

lieu de naissance :

Scolarisé(e) à l'école de _____

Régime alimentaire :

Ne mange pas de porc Ne mange pas de viande

Végétarien Autre : _____

Allergies alimentaires. Préciser le type d'allergie, les causes et la conduite à tenir : _____

Santé :

Maladies déjà contractées :

Otite Coqueluche Rougeole Rubéole

Angine Rhumatismes Oreillons Scarlatine

Varicelle Autres maladies : _____

Allergies autres qu'alimentaires. Préciser le type d'allergie, les causes et la conduite à tenir : _____

Recommandations utiles (hospitalisation, accident, lunettes, prothèses, ...) : _____

Nom, Prénom :

Date de naissance :

lieu de naissance :

Scolarisé(e) à l'école de _____

Régime alimentaire :

Ne mange pas de porc Ne mange pas de viande

Végétarien Autre : _____

Allergies alimentaires. Préciser le type d'allergie, les causes et la conduite à tenir : _____

Santé :

Maladies déjà contractées :

Otite Coqueluche Rougeole Rubéole

Angine Rhumatismes Oreillons Scarlatine

Varicelle Autres maladies : _____

Allergies autres qu'alimentaires. Préciser le type d'allergie, les causes et la conduite à tenir : _____

Recommandations utiles (hospitalisation, accident, lunettes, prothèses, ...) : _____

Nom, Prénom :

Date de naissance :

lieu de naissance :

Scolarisé(e) à l'école de _____

Régime alimentaire :

Ne mange pas de porc Ne mange pas de viande

Végétarien Autre : _____

Allergies alimentaires. Préciser le type d'allergie, les causes et la conduite à tenir : _____

Santé :

Maladies déjà contractées :

Otite Coqueluche Rougeole Rubéole

Angine Rhumatismes Oreillons Scarlatine

Varicelle Autres maladies : _____

Allergies autres qu'alimentaires. Préciser le type d'allergie, les causes et la conduite à tenir : _____

Recommandations utiles (hospitalisation, accident, lunettes, prothèses, ...) : _____