

CENTRE DE LOISIRS CHEVRIERES – AVRIL 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 journée d'OCTOBRE et NOVEMBRE:

AVRIL (S1)					AVRIL (S2)				
Lun15	Mar16	Mer17	Jeu18	Ven19	Lun22	Mar23	Mer24	Jeu25	Ven26
		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 lieux 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