



NOM de famille de l'enfant

Nom/prénom du père :

Profession :

Employeur :

Nom/prénom de la mère :

Profession :

Employeur :

NOM & ADRESSE du RESPONSABLE DE L'ENFANT

Quartier :

Centre ville

La Courbe

La Petite Couture

Les Galiotes

 (domicile) :

 (portable) :

 (travail mère) :

 (travail père) :

Adresse électronique :

N° Allocataire CAF (obligatoire) :

Autre régime :

N° Sécurité Sociale (obligatoire) :

Nom de famille de l'enfant	Prénom de l'enfant	Date de naissance	Ecole fréquentée (Aytré)

 J'autorise l'association SLEP à prendre mon enfant en photo ou en vidéo et à diffuser celles-ci dans le cadre normal de ses activités : OUI - NON (rayez la mention inutile)

Qui joindre en cas d'urgence ? Mlle, Mme, M. :

 :

Je soussigné(e)

, en qualité de

certifie l'exactitude des renseignements indiqués ci-dessus.

*J'autorise mes enfants à participer aux activités et sorties du Centre de Loisirs SLEP d'Aytré, sauf avis contraire de ma part formulé par écrit. J'autorise M. le directeur du Centre de Loisirs SLEP ou son représentant à faire soigner mon enfant en cas d'urgence (y compris hospitalisation), et faire prendre toute mesure nécessitée par son état en fonction de l'avis médical consulté. Je signale sur la fiche sanitaire jointe toute information et observation médicale que je juge utile pour mon enfant. Je note par ailleurs qu'à chaque séjour des informations sur l'organisation me seront données soit par écrit, soit verbalement (horaires, activités, etc.). **Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à respecter les conditions qu'il fixe et faire respecter par mon enfant les règles de vie des accueils concernés.***

Fait à Aytré, le

Signature du tuteur légal,

