



FICHE INDIVIDUELLE ENFANT Espace Jeunes

GENERALITES	
NOM PRENOM DE L'ENFANT :	Né(é) le :
ADRESSE :	Sexe :
Téléphone : Portable : E-mail :	Nationalité :
<input type="checkbox"/> Garde alternée	

SCOLARITE
Classe : Etablissement Scolaire : Repas Spéciaux :

AUTORISATIONS
J'autorise mon enfant <input type="checkbox"/> à venir et quitter seul l'espace jeunes mercredis, samedi et/ ou vacances
J'autorise le service enfance jeunesse <input type="checkbox"/> à transporter mon enfant en car, en mini-bus ou en voiture <input type="checkbox"/> à photographier mon enfant et d'utiliser les photos afin d'illustrer les supports de communication municipaux

MEDICAL
<input type="checkbox"/> Autorise les responsables de la mairie à prendre en cas d'urgence les dispositions (de transport, d'hospitalisation ou d'interventions cliniques) jugées indispensables pour la santé de mon(mes) enfant(s), y compris le(s) faire transporter à l'hôpital le plus proche. Les frais médicaux et d'hospitalisation s'y rattachant seront exclusivement à ma charge.
 Médecin traitant :
Nom Prénom : Ville : Téléphone

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de la structure et m'engage à le respecter.

Signature