

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE :

**DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL
DE L'ENFANT**

Qui est responsable de l'enfant ?

Père _____ Mère _____ Tuteur _____

Nom et Prénom : _____

Profession : _____

N° Allocataire CAF : _____

Adresse : _____

Ville _____

Où téléphoner en cas d'urgence ?

- ✓ -----
- ✓ -----
- ✓ -----
- ✓ -----

Je soussigné(e) Mme ou M :

Père, Mère, Tuteur, autorise la direction :

A faire soigner mon enfant et à faire pratiquer d'urgence les soins d'urgence suivant les prescriptions du médecin du centre et je m'engage à payer les frais médicaux et pharmaceutiques, d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale éventuelle.

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités du centre et je certifie qu'il ne présente aucune contre-indication à la pratique de ces activités.

Signature obligatoire

Nom du médecin habituel : _____

Adresse : _____

Téléphone _____

Ville : _____

Cocher les jours où votre enfant viendra au
Vacances de Printemps AVRIL 2017 :

Lundi	10	Lundi	
Mardi	11	Mardi	18
Mercredi	12	Mercredi	19
Jedi	13	Jedi	20
vendredi	14	vendredi	21

Vacances d'été 2017 : JUILLET

Lundi	17	Lundi	24
Mardi	18	Mardi	25
Mercredi	19	Mercredi	26
Jedi	20	Jedi	27
vendredi	21	vendredi	28

AOÛT 2017

Lundi	31/07	Lundi	07
Mardi	01	Mardi	08
Mercredi	02	Mercredi	09
Jedi	03	Jedi	10
vendredi	04	vendredi	11
Lundi	14		
Mardi			
Mercredi	16		
Jedi	17		
vendredi	18		

Autre (s) personne(s) habilitée(s) à récupérer l'enfant au CLSH :

.....

Commune du Rayol-canadel
GENTRE DE LOISIRS SANS HEBBERGEMENT
G.L.S.H du Rayol-Canadel

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENT

Nom de l'enfant : _____

Prénom de l'enfant : _____

Date de Naissance : _____

Adresse : _____

Ville : _____

L'enfant vient-il pour la première fois : OUI / NON

L'enfant a-t-il eu des maladies graves : OUI / NON

Si oui, lesquelles : _____

Renseignements complémentaires que vous désirez signaler à la

Direction : _____

