



FICHE RENSEIGNEMENTS

Centre Social La Grand' Combe / Espace Jeux

Enfant : Nom _____	Prénom _____
Date de Naissance: /__/__/__	Mail _____
Adresse : _____	

Nom et prénom du responsable légal :

Père/Mère/Tuteur _____

Adresse : _____

Tel. dom. __/__/__/__/ Mobile __/__/__/__/ Bureau __/__/__/__/

courriel _____ @ _____

N° allocataire CAF ou MSA : _____

Assurance responsabilité civile (N° et compagnie) :

Vaccin		Vaccin	
Vaccin		Vaccin	
Contre-indication			
Allergie			

Je soussigné-e _____, père, mère, tuteur, de l'enfant, l'autorise à participer aux activités de l'espace jeux.

Je reconnais avoir pris connaissance du fonctionnement.

J'autorise l'équipe d'encadrement, dans le cas où elle n'aurait pas pu me contacter, à faire soigner mon enfant et à pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin ou du corps médical. J'autorise le Centre Social à diffuser des images de mon enfant sur différents supports (journaux, vidéo, internet...) dans le cadre des activités du Centre Social ou d'informations à son sujet.

Date :

Signature :