

**1 fiche d'inscription à compléter par enfant et à déposer à la Maison de l'Enfance
Pensez à joindre une copie des vaccinations**

FICHE ENFANT

NOM :	PRENOM :
Adresse :	Téléphone : Liste rouge c
.....	Portable :
Né(e) le :	Sexe :

GENERALITES	
SCOLARITE	MEMO
Classe :	
Etabl.scolaire :	
REPAS SPECIAUX	
.....	

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT				
NOM	PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE	Lien de parenté

Parent 1		Parent 2	
RESPONSABLE LEGAL c		RESPONSABLE LEGAL c	
NOM :	NOM :	NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :	Prénom :	Prénom :
Employeur :	Employeur :	Employeur :	Employeur :
Téléphone :	Téléphone :	Téléphone :	Téléphone :
Portable :	Portable :	Portable :	Portable :

AUTRE (ex : tuteur)	RESPONSABLE LEGAL c
PARENTÉ OU AUTRE :	
NOM :	
Prénom :	
Adresse :	
Portable :	

MAIRIE D'ARZON

Pôle Enfance / Jeunesse

19 rue de la Poste
56 640 ARZON

tél. 02 97 53 44 68
fax 02 97 53 72 56

jeunesse@arzon.fr
www.mairie-arzon.fr

AUTORISATIONS VALABLES POUR L'ENSEMBLE DE L'ANNEE 2017

Je (nous) soussigné (ons) M.....

Représentant (s) légal(aux) du mineur.....

- autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par le Pôle Enfance Jeunesse d'ARZON,
- autorise la direction à consulter notre dossier allocataire CAFPRO afin de connaître mon quotient familial :
 OUI NON
- autorise le personnel à se rendre en car ou en minibus sur les différents lieux d'activités avec mon enfant,
- autorise le personnel à administrer à mon enfant les éventuelles médications prescrites par notre médecin et sur présentation d'une ordonnance,
- décharge les organisateurs de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait survenir en dehors des activités auxquelles est inscrit mon enfant,
- autorise les responsables et le personnel à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence médicale et m'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par eux en raison des soins engagés,
- m'engage à couvrir mon enfant dans le cadre d'une assurance responsabilité civile,
- m'engage à régler l'inscription de mon enfant, toute journée réservée me sera facturée sauf sur présentation d'un certificat médical,
- autorise le Pôle Enfance Jeunesse à utiliser l'image de mon enfant (photo/vidéo) dans le cadre des activités auxquelles il participe ou à titre de promotion :
 OUI NON
- autorise mon enfant à participer à la baignade :
 OUI NON
- reconnais avoir pris connaissance et accepte le règlement intérieur,
- m'engage à respecter **les conditions d'annulation** suivantes :

* En cas d'absence de votre enfant : Prévenir impérativement le secrétariat du Pôle Enfance Jeunesse ou la directrice de l'accueil de loisirs, et non les animateurs, au moins 24 h avant en ce qui concerne les 1/2 journées ou les sorties.

* **Toute commande de repas sera facturée sauf sur présentation de certificat médical (dans les 48 heures).**

* **Dans le cas contraire, la ou les prestations en accueil de loisirs seront facturées.**

Je (nous) soussigné(s).....responsable(s) légal(aux) de l'enfant

certifie(ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

A

Signature précédée de la mention "lu et approuvé"

Le

A noter :
Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.