



SERVICE JEUNESSE – FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Centres de Loisirs **CLIN D'OEIL**
(Valable du 04/07/11 au 02/07/12)

: 02.32.96.02.04

ENFANT :

Nom & prénom de l'enfant :

Adresse :

: :

Date de naissance : Nationalité :

PARENTS :

/ Nom & prénom du père :

Adresse :

: :

Profession :

/ Nom & prénom de la mère :

Adresse :

: :

Profession :

NOM et ADRESSE du ou des payeurs à qui doit être envoyée la facture :

/ Nom(s) & prénom(s) des frères & sœurs :

.....

INFORMATIONS OBLIGATOIRES

N° de sécurité sociale :

N° de mutuelle : Organisme :

N° allocataire CAF : Localité de votre CAF :

Médecin traitant : :

Date du dernier rappel antitétanique :

Date du dernier rappel ROR (rubéole) :

Personne à prévenir en cas d'urgence : :

Allergies (médicaments, aliments, asthme, autres...) : repas sans porc

L'enfant a-t-il un problème de santé qu'il est indispensable de connaître ? Si oui lequel ?

.....

TOURNEZ SVP

AUTORISATION PARENTALE

Autorisation pour prises de photographies ou prises de vues par caméscope (pour les services internes ou la presse) de l'enfant.

Oui

Non

Je soussigné(e), M ,
autorise mon enfant à participer à toutes les activités.

En outre, j'autorise les animateurs à faire pratiquer toutes interventions d'urgences qui s'avèreraient nécessaires.

A: Date :

Signature du parent :
(Indiquer le nom du signataire en majuscule)

**Merci de remettre cette fiche
AU CENTRE DE LOISIRS CLIN D'ŒIL
LA MARE AUX BŒUFS
76320 CAUDEBEC-LES-ELBEUF**