

SIVU Centre Aéré Fondespierre, 281 Route de Fontmarie, Domaine de Fondespierre,
34160 Castries



04/67/87/30/15 centre-aere-fondespierre@orange.fr

DOSSIER INSCRIPTION ENFANT

ENFANT :

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

A :

Photo

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél fixe : Portable :

N° allocataire CAF ou MSA :

&

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél fixe : Portable :

N° allocataire CAF ou MSA :

RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS :

PERE	Nom Employeur :	Mère	Nom Employeur
Activité :	Salarié <input type="checkbox"/> Artisan <input type="checkbox"/> Commerçant <input type="checkbox"/> Libéral <input type="checkbox"/> Gérant <input type="checkbox"/> Autre :	Activité :	Salarié <input type="checkbox"/> Artisan <input type="checkbox"/> Commerçant <input type="checkbox"/> Libéral <input type="checkbox"/> Gérant <input type="checkbox"/> Autre :
Profession :		Profession :	
Adresse :		Adresse :	
Tel :		Tel :	

En cas d'absence contacter :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél fixe : Portable :

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT :

Pour des raisons de sécurité une pièce d'identité sera demandée à toute personne autre que les parents venant chercher l'enfant.

Nom Prénom	Téléphone	Lien de parenté

VACCINATIONS :

DT POLIO		BCG		Test tuberculitique	
DATE	VACCINS	DATE	VACCINS	DATE	VACCINS

MALADIES : Cocher les maladies que votre enfant a eu :

Rubéole Varicelle Scarlatine Coqueluche Rougeole Oreillons Rhumatisme Asthme

Autres :

Allergies :

.....

.....

Médecin habituel :

Téléphone :

Autres observations médicales	Recommandations particulières

Autorisations :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, l'autorise :

- A participer à toutes les activités du centre aéré fondespierre
- A rejoindre seul son domicile

J'autorise le responsable du centre :

- A prendre toute les mesures médicales ou chirurgicales reconnues nécessaires
- A photographier et utiliser l'image de mon enfant dans le cadre de la promotion des activités du centre

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription au centre.

Date :

Signature :