

NOM de famille de l'enfant

Nom/Prénom (Parent 1 ou représentant légal) :

Profession :

Employeur :

Situation familiale : marié , union libre pacsé , divorcé célibataire

Nom/Prénom (Parent 2 ou représentant légal) :

Profession :

Employeur :

Situation familiale : marié , union libre pacsé , divorcé célibataire

ADRESSE POSTALE :

Quartier : Centre ville La Courbe La Petite Couture Les Galiotes

Téléphone (mère) :

Téléphone (père) :

MAIL (Parent 1) :

MAIL (Parent 2) :

N° ALLOCATION CAF (obligatoire) :

Autre régime :

Qui joindre en cas d'urgence ? Mlle, Mme, M. :



Nom de famille de l'enfant	Prénom de l'enfant	Date de naissance	Ecole fréquentée (Aytré)

Sauf indication contraire, j'autorise l'association SLEP à prendre mon enfant en photo ou en vidéo et à diffuser celles-ci dans le cadre normal de ses activités.

Je soussigné(e) _____, en qualité de _____
certifie l'exactitude des renseignements indiqués ci-dessus.

*J'autorise mes enfants à participer aux activités et sorties de l'association SLEP, sauf avis contraire de ma part formulé par écrit. J'autorise M. le directeur de la SLEP ou son représentant à faire soigner mon enfant en cas d'urgence (y compris hospitalisation), et faire prendre toute mesure nécessitée par son état en fonction de l'avis médical consulté. Je signale sur la fiche sanitaire jointe toute information et observation médicale que je juge utile pour mon enfant. Je note par ailleurs qu'à chaque séjour des informations sur l'organisation me seront données soit par écrit, soit verbalement (horaires, activités, etc.). **Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à respecter les conditions qu'il fixe et faire respecter par mon enfant les règles de vie des accueils concernés.***

Fait à Aytré, le _____

Signature du représentant légal,

Les données recueillies dans ce document respectent la réglementation RGPD ; conformément à la loi, vous disposez d'un droit d'accès de modification et d'effacement de celles-ci.

