

## AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e).....

autorise le Directeur du Centre à remettre mon enfant à M.....

demeurant.....

.....Tél.....

en cas d'absence ou de retard après 19h.

### TRES IMPORTANT

- Personne à prévenir en cas de retard ou d'absence occasionnelle des parents

NOM.....Tél.....

adresse.....

Date : Signature

ATTENTION : Si l'enfant doit être confié à tout autre personne que les parents, une demande écrite et signée par le responsable légal sera demandée par le directeur du centre qui sera alors déchargé de toute responsabilité.

### AUTORISATION DE PHOTOS

Acceptez-vous que votre enfant figure dans ces reportages photos :

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 1) concernant les publications communales :  | oui | non |
| 2) concernant le site Internet de la ville : | oui | non |



## CENTRE DE LOISIRS "LES TEMPS MODERNES"

NOM, prénom de l'enfant : .....

Date et Lieu de naissance : .....

Ecole fréquentée : .....

### FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

Qui est le responsable légal de l'enfant : Père Mère Tuteur

NOM, prénom : .....

Situation de famille : Marié, célibataire, veuf, divorcé, séparé, vie maritale

Adresse habituelle :

N° de téléphone en cas d'urgence : Domicile :  
Travail Père :  
Travail Mère :

Portable :

N° Sécurité sociale du Chef de Famille : .....

Profession du Père :

Profession de la Mère : .....

NOM et adresse des employeurs :

Merci de signaler aux directeurs tous changements de situation

L'enfant a-t-il des frères et soeurs ? .....Oui .....Non.....

## CERTIFICAT DE VACCINATION

Prénom et âge :

.....  
.....  
.....

Interventions chirurgicales - Indiquer lesquelles et les dates :

.....  
.....  
.....

**EN CAS D'ACCIDENT :** votre enfant sera conduit à l'hôpital de Longjumeau

Observations :

.....  
.....

**DECLARATION DU CHEF DE FAMILLE :** (à remplir obligatoirement)

Je soussigné(e)

.....

Père, Mère ou Tuteur, responsable de l'enfant autorise le Directeur du Centre :

1. à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin.

2. J'autorise en outre mon enfant à participer aux activités du centre.

A Chilly-Mazarin, le .....

Signature,

NOM et prénom : .....

Né le : .....

Domicilié à :

.....  
.....

a reçu la vaccination :

1<sup>ère</sup> le .....

2<sup>e</sup> le .....

3<sup>e</sup> le .....

Antidiphtérique  
Antitétanique  
Antipolio  
Coqueluche

Rappel le.....

Rappel le.....

Rappel le .....

BCG

Vaccination le .....

Test de contrôle .....

A Chilly-Mazarin, le .....

**Prière de signaler tout rappel de vaccination.**