

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

ADRESSE DES CENTRES DE LOISIRS

Le Petit Prince : 21 rue François-Mouthon Tél. : 01 69 10 02 83

Les Albatros : 84 rue de Gravigny - Tél. : 01 64 48 10 51



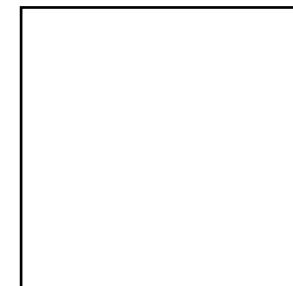
CHILLY-MAZARIN

CENTRES DE LOISIRS MATERNELS

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 ?OuiNon.....

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^{ère} le

2^e le

3^e 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.