

2. **AUTORISATION MEDICALE:**

Je soussigné, Mme, Mr.....

Responsable de l'enfant :.....

Autorise les animateurs à conduire mon enfant en cas de nécessité constatée par un médecin :

A l'hôpital OUI  NON

Nom du médecin traitant.....

Personne à prévenir en cas d'accident.....

Numéro de téléphone de la personne désignée ci-dessus :

Fixe..... Portable.....

3. **ASSURANCE:**

J'atteste sur l'honneur que mon enfant est couvert par la compagnie d'assurances

.....

Fournir une photocopie de l'attestation d'assurance

Fait à.....

Le.....

SIGNATURE DES PARENTS

Centre Socioculturel

25 Rue des écoles

55400 ETAIN

☎ 03 29 87 21 41

Site : [www.cscetain.org](http://www.cscetain.org)

Email : [contact@cscetain.org](mailto:contact@cscetain.org)

ACCUEIL DE LOISIRS

ETAIN

FEUILLE 1

**PHOTO**  
(photocopie possible)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

N° ALLOCATAIRE CAF.....

1. **RENSEIGNEMENTS:**

**\* L'ENFANT :**

NOM..... PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE.....

**\* LES PARENTS :**

NOM..... PRENOM.....

ADRESSE.....

CODE POSTAL..... VILLE.....

TEL FIXE :.....

TEL PORTABLE :.....

EMAIL.....

**PERE :**

**MERE :**

Profession..... Profession.....

Employeur..... Employeur.....

Tél. fixe..... Tél. fixe.....

Tél. portable..... Tél. portable.....