



NOM ADRESSE	
AGE NÉ LE A	

	PERE	MERE
NOM ADRESSE		
TEL FIXE / PORT TRAVAIL		
MAIL		
AUTORISATIONS		
N° SECU		

NOM LIEN (Familial-ami-voisin) AUTORISATION (Raccompagnement-Contact d'urgence) ADRESSE TEL FIXE/ PORT	AUTRES PERSONNES RATTACHEES A L ENFANT
<p>Mon enfant est libre d'aller et venir EN JOURNEE OUI NON EN SOIREE OUI NON</p> <p>Mon enfant peut rentrer seul à la maison EN JOURNEE OUI NON EN SOIREE OUI NON</p>	

MÉDECIN TRAITANT		
NOM	Dr	Date vaccination DTP (2è Rappel à 6 ans)
TELEPHONE		
VILLE		
INFOS MEDICALES - TRAITEMENTS - ALLERGIES - CONSIGNES ALIMENTAIRES		

- * Autorisation d'apparaître sur photos et vidéos pouvant être publiées (Réseaux sociaux, Documents communaux...):
- * Autorisation d'être véhiculé en voiture si nécessaire:
- * Autorisation de prendre les décisions médicales et chirurgicales qui s'imposeraient
- * L'enfant est couvert par la responsabilité civile (Assureur et N° police) :

Date & Signature

En signant ce document j'atteste de l'exactitude des enseignements fournis;
Je reconnais avoir lu les projets éducatifs et pédagogiques qui régissent les activités de l'espace jeune
et signé le règlement intérieur