

L'ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : Age

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

	Père	Mère
Nom-Prénom		
Adresse		
CP- Ville		
Tél. fixe		
Tél. port		
Email		

Nom, adresse et numéro :

Responsabilité civile :

Assurance Maladie :

Complémentaire santé :

EN CAS D'URGENCE

	Personnes à contacter	Médecin
Nom - Prénom		
Téléphone		

Je soussigné(e), déclare inscrire l'enfant désigné ci-dessus au séjour qui se déroulera à Chouvigny du 17 au 18 juillet 2019.

Je confirme qu'il ne présente aucune contre-indication médicale (**merci de fournir la copie des vaccins à jour**) et l'autorise à pratiquer l'ensemble des activités proposées au cours du séjour.

J'autorise le personnel encadrant à prendre toutes les dispositions qu'il juge nécessaires pour sauvegarder sa santé morale et physique (intervention d'un médecin, hospitalisation, etc...).

J'autorise le centre social à diffuser, dans le cadre de sa communication, les photos de l'enfant prises lors du séjour.

J'accepte de recevoir des informations concernant les activités du centre social La Magic.

ATTENTION : le centre social n'est pas responsable des pertes de bijoux et autres objets de valeur.

Fait à le Signature du responsable légal