

LES STAGES DE LÉON BELLET

Fiche d'inscription 2021

Nom et prénom du représentant légal

SOLLICITE L'INSCRIPTION DE L'ENFANT

Nom Prénom

Date de naissance / /

Adresse

Présenter un justificatif de domicile datant de moins de 3 mois

AU STAGE DE

du au

- déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement des stages,
- m'engage à assurer la présence de mon enfant sur la totalité du stage sur lequel il est inscrit et à respecter les horaires,
- autorise l'animateur à prendre toute mesure qu'il jugerait utile au cas où mon enfant aurait besoin de soins d'urgence et de médicaments,
- établissement souhaité en cas d'urgence :

Hôpital FLEYRIAT Clinique CONVERT

LES STAGES DE LÉON BELLET

Fiche d'inscription 2021

Nom et prénom du représentant légal

SOLLICITE L'INSCRIPTION DE L'ENFANT

Nom Prénom

Date de naissance / /

Adresse

Présenter un justificatif de domicile datant de moins de 3 mois

AU STAGE DE

du au

- déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement des stages,
- m'engage à assurer la présence de mon enfant sur la totalité du stage sur lequel il est inscrit et à respecter les horaires,
- autorise l'animateur à prendre toute mesure qu'il jugerait utile au cas où mon enfant aurait besoin de soins d'urgence et de médicaments,
- établissement souhaité en cas d'urgence :

Hôpital FLEYRIAT Clinique CONVERT

Vaccin antitétanique

Date du dernier vaccin Médecin traitant

Observations (*problème médical, contre-indication...*)

.....

.....

.....

.....

Personnes à prévenir	Père	Mère	Autres adultes
Nom – Prénom			
Contact téléphonique			

Je souhaite recevoir par mail/SMS les prochaines programmations

Mail @

SMS

J'autorise mon enfant à rentrer seul à l'issue du stage

oui non

Je prends note que le personnel ne prendra pas en charge les enfants/ados au-delà de 12 h 15 à midi et de 17 h 15 le soir, sauf stage à la journée

J'autorise la ville de Bourg à diffuser l'image de mon enfant sur ses supports de communication habituel

oui non

Fait à le

Signature, précédée de la mention

<< Lu et approuvé >>

Vaccin antitétanique

Date du dernier vaccin Médecin traitant

Observations (*problème médical, contre-indication...*)

.....

.....

.....

.....

Personnes à prévenir	Père	Mère	Autres adultes
Nom – Prénom			
Contact téléphonique			

Je souhaite recevoir par mail/SMS les prochaines programmations

Mail @

SMS

J'autorise mon enfant à rentrer seul à l'issue du stage

oui non

Je prends note que le personnel ne prendra pas en charge les enfants/ados au-delà de 12 h 15 à midi et de 17 h 15 le soir, sauf stage à la journée

J'autorise la ville de Bourg à diffuser l'image de mon enfant sur ses supports de communication habituel

oui non

Fait à le

Signature, précédée de la mention

<< Lu et approuvé >>