

Fiche d'autorisation parentale à l'ESPACE JEUNES

PHOTO

Nom de l'enfant : Prénom : Né le :
Téléphone portable de l'enfant :

Le soussigné(é) – Nom et prénom de la personne ayant à charge l'enfant :

..... Lien de parenté avec l'enfant :

Adresse :

Code postal : Ville :

☎ fixe: ☎ En cas d'Urgence :

Adresse e-m@il :@.....

N° sécurité sociale du responsable de l'enfant :

N° d'allocataire CAF (si rattachement TOURCOING) :

Sinon joindre une photocopie de l'avis d'imposition.

AUTORISE (1)

Dans l'impossibilité de me joindre et en cas d'urgence, les responsables de l'Espace Jeunes ou des activités, selon prescription médicale, à prendre le cas échéant toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant et de donner au responsable de l'Espace jeunes ou des activités l'ordonnance, les médicaments et les conseils pour le suivi d'un traitement éventuel, ainsi que les indications nécessaires pour le port d'une prothèse dentaire ou de lunettes.

DECLARE (1)

-Autoriser mon enfant à participer à l'ensemble des activités et aux sorties de l'Espace Jeunes..

-Avoir pris connaissance que la responsabilité de la ville commence et prend fin selon les horaires définies pour l'activité. Les enfants resteront sous la responsabilité de leurs parents tant dès lors que ceux-ci sont présents dans la structure.

-Les personnes suivantes sont susceptible de venir chercher mon enfant :

Nom Prénom Tel

Nom Prénom Tel

Nom Prénom Tel

Nom Prénom Tel

Ou

-Autorise mon enfant à quitter seul la structure après les activités

-Que l'enfant est pris en charge par une assurance individuelle accident

Nom de la compagnie d'assurance :N° de police :

-Avoir pris connaissance que mon enfant est susceptible d'être filmé ou photographié pour les publications de la ville de BONDUES et autorise celle-ci à utiliser ces images.

-Avoir pris connaissance et conservé le règlement intérieur de la structure

Identification des parents :

Père : Nom : Prénom : Portable 📞 :
Adresse :
Adresse e-m@il :@.....

Mère : Nom : Prénom : Portable 📞 :
Adresse :
Adresse e-m@il :@.....

Marié(s) Union libre Célibataire PACSE Séparé(e) Divorcé(e) Veuf/veuve
En cas de séparation, veuillez préciser qui a la garde de l'enfant

Veuillez indiquer si votre enfant connaît des difficultés de santé (allergies régime alimentaire, maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les préoccupations à prendre :

.....
.....
.....
.....

Recommandations utiles des parents : votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles de contact, des prothèses auditives, des prothèses dentaires.... Précisez :

.....
.....
.....

Fait à : Le :

Signature du responsable légal ou du responsable légaux de l'enfant précédée de la mention « lu et approuvé » et des Noms et Prénoms.

(1) rayer si nécessaire.