

Été 2021

photo  
d'identité  
récente  
obligatoire

## RENSEIGNEMENTS SUR LE JEUNE :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Établissement scolaire et classe : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

*(si tu veux recevoir nos informations)*

## RENSEIGNEMENTS SUR LES RESPONSABLES :

Nom, adresse et téléphone des personnes à prévenir en cas d'urgence :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone du représentant 1 : \_\_\_\_\_

Téléphone du représentant 2 : \_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité Sociale du responsable : \_\_\_\_\_

Nom de la compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

N° de contrat « responsabilité civile » : \_\_\_\_\_

Situation familiale particulière (parents séparés, garde alternée...) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Recommandations particulières : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

*(si vous voulez recevoir nos informations)*

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

Vaccinations :

Vaccin pratiqué	Date du dernier rappel
J'atteste sur l'honneur que mon enfant est à jour de ses 3 vaccinations obligatoires :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Diphtérie : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	le / /20
Tétanos : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	le / /20
Poliomyélite : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	le / /20

Difficultés médicales et recommandations particulières (*indiquez ici tout ce qu'il vous paraît important de nous faire savoir : allergies alimentaires, accidents, port de lunettes, opérations...*) : \_\_\_\_\_

## AUTORISATIONS DIVERSES : (cocher la mention utile et barrer la mention inutile)

Je / Nous soussigné(e)(s) : \_\_\_\_\_

Responsable(s) de l'enfant : \_\_\_\_\_

atteste / attestons avoir pris connaissance du projet pédagogique et du fonctionnement de l'accueil « **Prends Tes Marques** » et en accepter les différentes conditions citées ci-dessous :

- **j'autorise** les responsables de l'accueil à prendre toute mesure nécessaire en cas d'urgence médicale et, dans ce cas, m'engage à rembourser les frais médicaux éventuels : .....  OUI  NON

- **j'autorise** mon enfant à participer à l'ensemble des activités proposées pendant l'accueil, y compris les sorties et les activités physiques et nautiques : .....  OUI  NON

- **j'accepte** que, si mon enfant emporte de l'argent ou des objets de valeur, ce soit sous sa propre responsabilité, et que, en cas de perte ou de vol, la responsabilité de la Ville de Marcq-en-Barœul ne puisse être engagée : .....  OUI  NON

- **j'autorise** la Ville de Marcq-en-Barœul et ses partenaires à diffuser l'image de mon enfant sur leurs supports de communication actuels et à venir sans limitation de durée : .....  OUI  NON

- **j'autorise** la Ville de Marcq-en-Barœul à utiliser les créations de mon enfant (dessins, activités manuelles...) sur ses supports de communication actuels et à venir sans limitation de durée : .....  OUI  NON

- **j'autorise** mon enfant à rentrer seul après les activités et accepte la modulation des horaires proposée par le projet : .....  OUI  NON

Date :

Signature(s) :