

DECLARATION DU CHEF DE FAMILLE

Pour être admis en Centre de Loisirs, cette déclaration devra obligatoirement être remplie et signée par le responsable légal de l'enfant.

Je soussignée (e) :

Père Mère Tuteur

Autorise le Directeur du Centre Aéré :

- A faire soigner mon enfant et faire pratiquer les interventions d'urgences, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.
- Je m'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux d'hospitalisation et d'opération, non remboursés par la Sécurité Sociale.
- J'autorise en outre mon enfant, à participer à toutes les activités du Centre Aéré.

En cas de DIVORCE : j'autorise je n'autorise pas

à accorder une rencontre de l'enfant avec : son Père sa Mère

Sur l'aire du Centre Aéré même en dehors du Centre Aéré

Nota : Dans le cas où il n'y aurait pas d'autorisation, joindre au dossier une photocopie du jugement.

> Visite au Centre Aéré :

> Prise en charge :

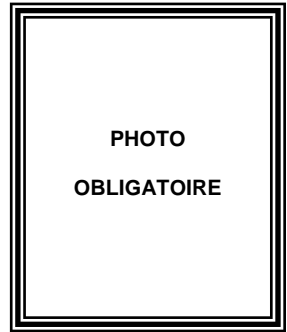
> L'enfant, ne pourra être confié par le Directeur du Centre aux parents ou à toute autre personne, **que sur demande écrite et signée du responsable légal** qui déchargera le Directeur de toute responsabilité (joindre à la demande une photocopie de la carte d'identité)

> **CULTE** : Notre Centre Aéré est laïque ; en conséquence, il ne peut y avoir aucune manifestation religieuse à l'intérieur du Centre.

Lu et approuvé A le

Signature

TOUT DOSSIER INCOMPLET OU INCORRECTEMENT REMPLI SERA REFUSE



FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

C.L.S.H

(CENTRE DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT)

(à remplir par le chef de famille)

NOM et Prénom de l'enfant

Date et lieu de naissance :

Age :

Sexe :

Qui est le responsable de l'enfant : Père Mère Tuteur

Nom / Prénom du Père :

Nom / Prénom de la Mère :

Adresse habituelle :

MATRICULE : Tél. Usine :

Tél. portable : Tél. domicile :

Tél. portable :

Où téléphoner en cas d'URGENCE :

