

DECLARATION DU CHEF DE FAMILLE

*Pour être admis en Centre de vacances, cette déclaration devra **OBLIGATOIREMENT** être **REPLIE** et **SIGNEE** par le responsable légal de l'enfant.*

Je soussignée (e) :

Père Mère Tuteur

AUTORISE le Directeur du Centre de Vacances :

- 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 de Vacances.

En cas de DIVORCE : J'autorise Je n'autorise pas

A accorder une rencontre de l'enfant avec : Son Père Sa Mère

Sur l'aire de la colonie même en dehors de la colonie

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

> Visite au Centre de Vacances :

> 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** : Nos Centres de Vacances sont laïques ; 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



PHOTO
OBLIGATOIRE

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

ACM

(Accueil Collectif de Mineur)

NOM et Prénom de l'enfant

Date et lieu de naissance :

Age :

Sexe :

.....
Responsable(s) de l'enfant : Père Mère Tuteur

Nom / Prénom :

Adresse habituelle :

.....

.....

Nom Salarié AH : Matricule :

Portable père : Tel domicile :

Portable mère : Tel Pro :

Email :

Autre personne à contacter en cas d'urgence :

Tel :