

CENTRE :

Nom : Prénom : Sexe : F M

Né (e) le : à : Âge :

Religion : N° DN :

Classe : Établissement Scolaire :

Assurance n° : Organisme :

Type d'assurance : Annuelle – Scolaire – Extra-Scolaire

Adresse :

Santé :

Alimentation :

Comportement général :

Nombre de frère (s) : de sœur (s) :

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Père – Mère – Grands-parents – Tuteur (trice)

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Enfant placé par : Organisme Services Sociaux

Nom de l'Organisme / Circo

Nom du TS :

Tél. / Bureau / Vini : Tél. Dom :

Mail :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) : en qualité de
 Père Mère Tuteur, autorise mon enfant : à
participer au centre de vacance : qui aura
lieu du au à
..... organisé par le C-P-C-V.

Signature du responsable

X

Médical

J'autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures
(traitement médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues
nécessaires par l'état de santé de mon enfant. OUI NON

Prise en charge

Autre personne autorisée à prendre en charge l'enfant pour une sortie pendant
ou après le centre :

Nom : Prénom :

Tél. : domicile : Bureau / Vini :

Signature du responsable

X

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) : en qualité de
 Père Mère Tuteur,

autorise **LE CPCV**

n'autorise pas **LE CPCV**

A publier des images sur lesquelles figure mon enfant mettant en scène ou
témoignant des activités du centre.

L'Association garantie de ne sélectionner que des photos ou autres documents
ne transgressant pas le principe de respect des droits de l'enfant.

Signature du responsable

X