

Enfant :

Nom : Prénom :
Né(e) le :

Responsable légal :

Adhèrent à l'association Familles Rurales de :
Nom : Prénom :
Adresse: Tel domicile :
Tel travail :
N° d'allocataire : **Organisme (adresse) :**
Profession : **Nom de l'employeur :**
N° de Sécurité sociale :

CONJOINT : Nom : Prénom :
Profession : Nom de l'employeur
N° de Sécurité sociale :

Renseignements médicaux :

Nom du médecin de l'enfant :
Adresse : Tel :

Dans quelle clinique où hôpital l'enfant doit-il être prioritairement conduit ?

Observations particulières (contre-indication alimentaire, maladie chronique...) ou recommandations des parents :

Autorisation parentale :

Je soussigné(e)
Autorise le directeur du séjour à faire soigner l'enfant par un médecin, et à faire pratiquer sur lui les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale suivant les prescriptions du corps médical.
Je m'engage à rembourser les frais médicaux chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.
J'autorise l'enfant à participer aux activités organisées par l'association.
J'autorise l'enfant à voyager en transport collectif.
J'autorise l'enfant à se baigner. (L'enfant sait-il nager ?)
Quelles sont les personnes habilitées à prendre l'enfant après le centre ?
.....

Si une autre personne devait le raccompagner, je m'engage à faire connaître son identité au directeur du centre de loisirs.

Si votre enfant a plus de 6 ans, est-il autorisé à rentrer seul ?
Le centre se terminant à 17 h, si exceptionnellement mon enfant devait sortir avant, je m'engage à fournir une décharge au directeur.

A : Le :

Signature du père et de la mère (ou du tuteur légal) précédée de la mention « lu et approuvé »