

Centre de Loisirs Enfance				Clubs de jeunes				Séjours			
Angelmière	<input type="checkbox"/>	Liberté	<input type="checkbox"/>	Bourg	<input type="checkbox"/>	Liberté	<input type="checkbox"/>	Val d'Ornay	<input type="checkbox"/>	Nom	<input type="text"/>
Bourg	<input type="checkbox"/>	Pont Boileau	<input type="checkbox"/>	Forges	<input type="checkbox"/>	Pont Morineau	<input type="checkbox"/>	Vallée Verte	<input type="checkbox"/>	Nom	<input type="text"/>
Golly	<input type="checkbox"/>	Pole enfance	<input type="checkbox"/>	Le Rancard	<input type="checkbox"/>	St André	<input type="checkbox"/>			Nom	<input type="text"/>
Autres activités à préciser:				<input type="text"/>							

**Nom de l'enfant ou du jeune :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : F  M

N° mobile : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Etablissement scolaire : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Régime alimentaire : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PAI :

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ tel médecin : \_\_\_\_\_

**Nom du responsable légal :**

Prénom : \_\_\_\_\_

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

Tél fixe : \_\_\_\_\_

Tel mobile : \_\_\_\_\_

Tel lieu de travail : \_\_\_\_\_

En cas de séparation ou de divorce, indiquer à la direction de l'Accueil Collectif de Mineurs (Centre de loisirs et club de jeunes) les dispositions arrêtées en matière d'exercice d'autorité parentale notamment quand à la prise en charge de l'enfant.

**Adresse**

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Bat : \_\_\_\_\_ Appartement : \_\_\_\_\_

Cpt adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Oui	Le représentant légal autorise :	Non
<input type="checkbox"/>	L'équipe d'animation à transporter mon enfant pour les activités de l'accueil de loisirs enfance ou jeunesse	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	la capture et la diffusion d'image de mon enfant pour l'illustration dans le cadre des activités de l'association et pour la communication externe et interne.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	A prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	A faire pratiquer les actes médicaux nécessaires.	<input type="checkbox"/>

Signature : \_\_\_\_\_

Personnes à contacter en cas d'urgence :					Prise en charge de l'enfant	Contact en cas d'urgence
Nom	Prénom	Lien de parenté	Tel mobile	Tel fixe		