

### ETAT CIVIL DU PARTICIPANT

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| Nom :   | Prénom : | Sexe :   |
| Date de naissance :   | Age :    | Classe : |
| Adresse :   |          |          |
| Code Postal :   | Ville :  |          |
| L'enfant sait nager : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |          |          |

### RESPONSABLE LEGAL DU PARTICIPANT

|                                |                               |                                       |                                 |
|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PERE  | <input type="checkbox"/> MERE | <input type="checkbox"/> PERE ET MERE | <input type="checkbox"/> TUTEUR |
| Numéro de Sécurité Sociale :   |                               |                                       |                                 |
| Numéro d'Allocation CAF :      |                               |                                       |                                 |
| Montant du Quotient Familial : |                               |                                       |                                 |

| PERE                 |         | MERE                 |         |
|----------------------|---------|----------------------|---------|
| Nom :                |         | Nom :                |         |
| Prénom :             |         | Prénom :             |         |
| Adresse :            |         | Adresse :            |         |
| Code Postal :        | Ville : | Code Postal :        | Ville : |
| Profession :         |         | Profession :         |         |
| Téléphone domicile : |         | Téléphone domicile : |         |
| Téléphone travail :  |         | Téléphone travail :  |         |
| Téléphone portable : |         | Téléphone portable : |         |
| Adresse Email :      |         | Adresse Email :      |         |

### Adresse de facturation:

| MEDECIN DE FAMILLE |             |
|--------------------|-------------|
| Nom :              | Téléphone : |

Je soussigné(e) Mme, Mr \_\_\_\_\_ agissant en qualité de responsable légal de l'adolescent autorise mon fils, ma fille, après avis médical à participer à toutes les activités organisées par le Club Ados Intercommunal du Haut Lignon et autorise le Directeur, sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident à prendre toutes mesures d'urgence, tant médical que chirurgicales y compris l'hospitalisation, dans un établissement public.

J'autorise    Je n'autorise pas (1) mon fils/fille, à quitter seul le Club Ados Intercommunal du Haut Lignon, et décharge le personnel de toute responsabilité après son départ. J'atteste avoir pris connaissance des conditions générales de fonctionnement.

J'autorise    Je n'autorise pas (1) le Club Ados Intercommunal du Haut Lignon à utiliser les images photographiques et vidéos de mon enfant, prises dans le cadre du fonctionnement du centre pour illustrer les activités et les différents supports de communication de l'association..

J'autorise    Je n'autorise pas (1) le Club Ados Intercommunal du Haut Lignon à donner du paracétamol en cas de fièvre à mon fils/fille.

J'autorise    Je n'autorise pas (1) le Club Ados Intercommunal du Haut Lignon à consulter CAF PRO pour m'appliquer le tarif correspondant à mon quotient familial,

(1) Rayer les mentions inutiles.

Nom et signature  
du Responsable Légal :



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : ..... Signature : .....

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....  
.....  
.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....