



Fiche de renseignements

Atelier Théâtre pour Enfants

RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELS

NOM : PRENOM :

DATE et LIEU de NAISSANCE :/...../..... à CP :
Adresse :- 22.....-

NOM du MEDECIN TRAITANT : ☎ : 0.../...../...../...../.....

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

NOM du PERE : Prénom :

Adresse : - 22.....-

☎ Dom : 0.../...../...../...../..... Portable : 0.../...../...../...../..... Travail : 0.../...../...../...../.....

NOM de la MERE : Prénom :

Adresse : - 22.....-

☎ Dom : 0.../...../...../...../..... Portable : 0.../...../...../...../..... Travail : 0.../...../...../...../.....

RESPONSABLE LEGAL : PERE MERE Autre :

N° de Sécurité Sociale : / / / / Clé :

RESPONSABLE PAYEUR : PERE MERE Autre :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)
responsable légal de

- autorise l'enfant à participer à l'Atelier Théâtre
- autorise l'enfant à venir et rentrer seul du local de la Rotonde OUI NON
- autorise l'encadrant à prendre les mesures nécessaires en cas d'accident et m'engage à assumer les frais (hospitalisation, intervention chirurgicale, médecin, pharmacie...); si possible, souhaite que mon enfant soit conduit à : l'Hôpital..... la Clinique.....
- autorise la diffusion de photos de mon enfant sur des supports de communication utilisés par la Mairie ou par la presse régionale OUI NON
- m'engage à régler l'inscription de € à l'Atelier Théâtre, pour chaque trimestre, à réception du titre de recettes, auprès de la Trésorerie d'Etables/Mer.

Le/...../ 201...

Signature du responsable de l'enfant :