



Fiche de renseignements Atelier Théâtre pour Enfants

RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELS

NOM : Prénom :
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 :
Mail :

RESPONSABLE PAYEUR : PERE MERE Autre :
Adresse du payeur si autre :

N° de Sécurité Sociale : / / / / Clé :
Assurance Responsabilité Civile extrascolaire (attestation à fournir)
Assureur : N° du contrat :

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 nécessité, 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 de Saint-BrieucBanlieue.

Le/...../ 202...Signature du responsable de l'enfant :