

Autorisations

Je soussigné(e) _____

responsable légal de l'enfant _____

- Autorise mon enfant mineur à participer au séjour hiver à **Gravières** et m'engage à régler la facture dès réception.
- Accepte de payer l'intégralité des frais médicaux nécessités par l'état de santé de mon enfant pendant son séjour.
- M'engage à venir chercher mon enfant, à mes frais, au plus vite si, pour des raisons de santé (après visite médicale), celui-ci ne peut pas (ou plus) participer à la vie du groupe et aux activités ou qu'il présente des signes de contagion.
- M'engage à venir chercher mon enfant, à mes frais, au plus vite, si celui-ci manque gravement à la discipline et qu'une exclusion a été prononcée (aucun remboursement ne sera effectué).
- M'engage à venir chercher mon enfant lors du retour

- Autorise la Mairie de Verrières-le-Buisson à utiliser les photos prises par ses animateurs lors du séjour : Oui Non

Nous vous signalons qu'il est dans votre intérêt de souscrire un Contrat d'Assurance de personnes couvrant les dommages corporels pouvant exposer votre enfant lors des activités auxquelles il participera.

Je certifie exacts les renseignements fournis.

Fait à _____ le _____

Signature obligatoire du responsable légal

Dossier à retourner complet au plus tard le 5 janvier 2019 à l'Hôtel de Ville, place Charles de Gaulle - 91370 Verrières-le-Buisson.

Séjour hiver

Gravières

FICHE DE LIAISON

Service Jeunes
Mairie de Verrières-le-Buisson
jeune@verrieres-le-buisson.fr
Tél. 01 69 53 78 00

Enfant

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance ___ / ___ / _____

Garçon

Fille

Coller ici une
photo d'identité
récente

Les responsables légaux

N° allocataire CAF _____

Responsable légal 1

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Tél. domicile ___ ___ ___ ___ ___

Tél. travail ___ ___ ___ ___ ___

Tél. portable ___ ___ ___ ___ ___

Courriel _____

Responsable légal 2

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Tél. domicile ___ ___ ___ ___ ___

Tél. travail ___ ___ ___ ___ ___

Tél. portable ___ ___ ___ ___ ___

Courriel _____

Hôtel de Ville
Place Charles de Gaulle
Verrières-le-Buisson



Vaccinations

Je soussigné(e) _____
responsable légal de l'enfant _____
atteste que mon enfant a ses vaccinations obligatoires à jour.

Renseignements médicaux concernant l'enfant

Allergies (alimentaires, médicamenteuses). **Précisez la conduite à tenir.**

Difficultés de santé (maladie, antécédents). **Précisez la conduite à tenir.**

Précautions spéciales à prendre pour certaines activités physiques

Pour des raisons de confidentialité médicale, cette fiche peut être rendue sous enveloppe cachetée accompagnée de tous les documents que vous jugez utiles dans l'intérêt de votre enfant.

Personnes à prévenir en cas d'urgence (hors responsables légaux)

Nom _____ Nom _____
Prénom _____ Prénom _____
Tél. _____ Tél. _____
Lien avec l'enfant _____ Lien avec l'enfant _____

Activité ski

Niveaux de ski :

débutant intermédiaire confirmé

Pointure : _____

Taille : _____