

## 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 avant le 6 janvier 2020 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 : \_\_\_\_\_