



MAIRIE DE BREZINS

TEL : 04.76.65.42.04

FAX : 04.76.65.54.09

anim.brezins@orange.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

POUR LES INSCRIPTIONS AUX SORTIES

DE LA

COMMISSION ANIMATION JEUNESSE

1 fiche par enfant

Pour recevoir les informations du service Animation Jeunesse de la Commune de Brézins par mail, merci de nous communiquer votre adresse :

_____ @ _____

ATTENTION : CETTE FICHE N'INSCRIT PAS AUTOMATIQUEMENT L'ENFANT AUX SORTIES PROGRAMMEES.

ENFANT

NOM.....

PRENOM.....

Date de naissance:

Lieu de naissance :

PARENTS

marié(e) célibataire divorcé(e) séparé(e) vie maritale pacsé(e) veuf (ve)

PERE

NOM.....

PRENOM.....

Date de naissance:

Adresse

.....

CP Ville.....

Tél. Domicile : _/_/_ _/_/_ _/_/_ _/_/_ _/_/_

Tél. Travail : _/_/_ _/_/_ _/_/_ _/_/_ _/_/_

Tél. Portable : _/_/_ _/_/_ _/_/_ _/_/_ _/_/_

MAIL@.....

MERE

NOM.....

NOM DE JEUNE FILLE.....

PRENOM.....

Date de naissance:

Adresse.....

.....

CP Ville.....

Tél. Domicile : _/_/_ _/_/_ _/_/_ _/_/_ _/_/_

Tél. Travail : _/_/_ _/_/_ _/_/_ _/_/_ _/_/_

Tél. Portable : _/_/_ _/_/_ _/_/_ _/_/_ _/_/_

MAIL@.....

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Madame, Monsieur.....responsable(s) légal(aux) de l'enfant

- Autorise(nt) celui-ci/celle-ci à participer aux activités / sorties du service Animation Jeunesse de la Commune de Brézins.
- Déclare(nt) exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise(nt) le responsable de l'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Brézins, le

Le Père,

La Mère,

URGENCE

Coordonnées du médecin traitant à contacter :

NOM.....Adresse

.....Téléphone

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE AUTRES QUE LES PARENTS

NOM.....	NOM.....
PRENOM.....	PRENOM.....
Lien avec l'enfant	Lien avec l'enfant :
Téléphone :	Téléphone :
Portable :	Portable :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

PRECISEZ LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES..) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE

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

ALLERGIES ET TRAITEMENT MEDICAL

ASTHME ALIMENTAIRE

MEDICAMENTEUSE AUTRES (PRECISEZ) :

L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MEDICAL ? OUI NON

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (SI AUTOMEDICATION, LE SIGNALER)

SI OUI, JOINDRE UNE ORDONNANCE RECENTE. AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE.

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e), Madame, Monsieur.....mère, père autorise l'enfant (NOM Prénom).....à être photographié(e) et/ou filmé(e) lors d'un reportage photo et ou vidéo effectué lors des sorties du service animation jeunesse.

J'autorise l'utilisation et la diffusion de ces photographies ou vidéos pour l'ensemble des publications ou expositions de la commune de Brézins dans le cadre de ses actions de communication.

Date :..... Signature des parents