

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____

Age : _____ Date de naissance : _____ Sexe : F - M

AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné (e) Mme ou M. _____

Adresse complète : _____

Téléphone : Représentant légal 1 : 0.../...../...../...../..... Lien avec l'enfant : _____

Représentant légal 2 : 0.../...../...../...../..... Lien avec l'enfant : _____

Mail : _____@_____ (Important pour recevoir les mails d'information)

Représentant légal, grand-parent ou tuteur* **autorise** mon enfant, mon petit-enfant, mon enfant à charge* :
(*Rayer les mentions inutiles)

- A participer à toutes les activités organisées pendant l'année 2024-2025 dans le cadre des Accueils de Loisirs Sans Hébergement et autorise les responsables à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale.
- A être filmé (e) ou photographié (e) dans le cadre des animations, que les images servent aux différents supports (Internet, affiches, expositions) qu'utilise la communauté de Communes en matière de communication.
- A participer aux actions proposées et encadrées par le Local Ado (**pour les enfants âgés de 10 ans et plus**).

En vertu de la loi du 16 juillet 1984, art. 38, nous vous informons de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personne si vous n'en possédez pas.

ISIGNY-OMAHA-INTERCOM décline sa responsabilité en cas d'accident en dehors de l'activité en cours encadré par l'équipe pédagogique.

- J'atteste sur l'honneur avoir pour mon enfant souscrit une assurance responsabilité civile et d'avoir pris connaissance du règlement intérieur.

RENSEIGNEMENTS CAF / MSA et autre affiliation / SDJES (obligatoire)

Représentant légal 1

Nom : _____ Prénom : _____

Profession : _____

Nom de l'employeur : _____

.....

représentant légal 2

Nom : _____ Prénom : _____

Profession : _____

Nom de l'employeur : _____

.....

N° de sécurité sociale :

N° allocataire CAF MSA :

Cadre réservé au service

A B C

A _____, le _____

Signature,