

Fiche de renseignements

Une fiche par enfant et par séjour

NOM de l'enfant : _____ PRÉNOM : _____

IDENTITÉ DES PARENTS DE LA PERSONNE RESPONSABLE OU DU TUTEUR

Identité du PÈRE ou tuteur légal

NOM : _____
Prénom : _____
Autorité parentale : Père Tuteur Autre : _____
Adresse du domicile : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Tél. portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
Tél. professionnel : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
Email : _____@_____

Identité de la MÈRE ou tutrice légale

NOM : _____
Prénom : _____
Autorité parentale : Mère Tutrice Autre : _____
Adresse du domicile : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Tél. portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
Tél. professionnel : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
Email : _____@_____

La facture doit être adressée à : Père Mère Autres : _____

Coordonnées postales (si différentes) : _____
CP : _____ VILLE : _____

Personne à prévenir en priorité : Père Mère Autres : _____

Coordonnées postales (si différentes) : _____
CP : _____ VILLE : _____

Personne à contacter en cas d'absence des parents :

NOM : _____ Prénom : _____
Tél. portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Tél. fixe : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

CONTACT DURANT LE SÉJOUR (si différent de la personne responsable)

NOM : _____
Prénom : _____
Autorité parentale : Père Mère Tuteur Tutrice Autre : _____
Coordonnées postales (si différentes) : _____
CP : _____ VILLE : _____
Tél. fixe : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Tél. portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
Tél. professionnel : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Email : _____@_____

AUTORISATIONS

- Je soussigné(e) _____ autorise / n'autorise pas (rayer la mention inutile) mon enfant _____
 à rentrer seul après avoir été déposé sur le lieu de rendez-vous de la Navette (sans réponse de votre part, cela implique votre accord par défaut).
 autorise le responsable du séjour, après consultation du praticien, à faire donner tous les soins médicaux que nécessiterait l'état de santé de mon enfant, y compris son hospitalisation, voire une intervention chirurgicale (anesthésie comprise).
 Je m'engage à régler l'intégralité des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.
 Je déclare avoir pris connaissance de la brochure, notamment des conditions générales et particulières (voir site internet).

Date et signature :

(précédées de la mention «**Lu et approuvé**»)

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

- * Fiche d'inscription et de renseignements
- * Fiche sanitaire de liaison
- * Attestation responsabilité civile
- * Attestation scolaire du savoir-nager ou d'aisance aquatique
- * Carte d'identité ou passeport en cours de validité
- * Copie carte sécurité sociale et mutuelle complémentaire