



PARTIE ENFANT

NOM :

Prénom :

Né(e) le :/.../...

AUTORISATION PARENTALE

N° ALLOCATAIRE :

Quotient familial :

PARTIE FAMILLE

NOM Prénom des parents ou représentant légal :

Adresse :

Code postal : Ville :

Mail (en lettres capitales) :

Mère :

Téléphone travail :

Tél. personnel fixe :

Téléphone portable :

Profession :

Père :

Téléphone travail :

Tél. personnel fixe :

Téléphone portable :

Profession :

Certificat médical : Fournir un certificat médical d'aucune contre-indication apparente à la pratique d'activités sportives et aucun signe cliniquement décelable d'affection contagieuse.

J'autorise mon enfant à (COCHEZ) :

Participer aux activités de l'A.C.C.E.M

Etre pris en photo pour diffusion sur différents supports : site internet du centre, journaux...

J'autorise les responsables de l'A.C.C.E.M à faire intervenir des équipes d'urgence et à faire évacuer mon enfant par celle-ci sur le centre de soins suivant : oui non

J'autorise les personnes suivantes à venir récupérer mon enfant :

NOM, Prénom : Lien de parenté : Tel :

NOM, Prénom : Lien de parenté : Tel :

Fait à PAYRIN, Le
Signature Précédée de la mention « Lu et Approuvé »