



COMMUNE NOUVELLE D'ANANCY

DIRECTION JEUNESSE ET ANIMATION SOCIOCULTURELLE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2017 / 2018

Réservé administration

- ALSH 6-17 ans ALV, ALSH 3-6 ans ALV, Espaces Jeunes Cran-Gevrier, ALSH 3-11 ans Meythet, ALSH 3-5 ans Pringy, ALSH 6-11 ans Pringy, Secteur Jeunes Pringy, Animations Novel-Teppes, Futsal

Nom de l'enfant, Prénom de l'enfant, Sexe, Date de naissance, Ecole/Collège, Classe, N° téléphone du jeune, Adresse, Code Postal, Ville, N°CAF, Situation Familiale, Responsable légal, Personne à contacter en premier

PERE

MERE

Nom et Prénom, Adresse si différente de l'enfant, Tél portable, Tél travail, Tél domicile, Email

Nom et Prénom, Nom de jeune fille, Adresse si différente de l'enfant, Tél portable, Tél travail, Tél domicile, Email

ALLERGIE / MENU ALTERNATIF

En cas d'allergie alimentaire prendre contact avec la Direction Jeunesse (04.50.57.06.99)

Allergie alimentaire, Allergie médicamenteuse

Menu Alternatif sans PORC OUI

Autres précisions

VACCINS / INFORMATIONS MEDICALES

Si l'enfant n'a pas reçu les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

Les vaccins obligatoires de mon enfant sont à jour, Autre vaccins, Médecin traitant, Informations médicales particulières

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (AUTRES QUE LES PARENTS)

Table with 4 columns: Nom et prénom, Lien avec l'enfant, Téléphone, Téléphone

- J'autorise / Je n'autorise pas mon enfant à repartir seul à la fin de l'activité, J'autorise / Je n'autorise pas la municipalité à utiliser les photos prises durant les activités à des fins de diffusion de l'information et de communication (journal, facebook,...), J'autorise / Je n'autorise pas la municipalité à m'envoyer des informations par mail concernant les activités jeunesse

Je soussigné(e) responsable légal(e) de l'enfant, atteste que mon enfant possède une assurance responsabilité civile et individuelle accident pour les activités extrascolaires, certifie que mon enfant ne présente aucune contre indication médicale à la pratique des activités sportives et déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise le responsable de la structure à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales).

Date, Signature des parents ou responsable légal de l'enfant