



## QUESTIONNAIRE

Compagnie d'assurance : .....

L'enfant vit chez :    Ses parents        Sa mère        Son père      
                                  Garde alternée        Famille d'accueil        Foyer   

### Divers

Autoriser publication d'une photo : Oui  Non

Autorisation de rentrer seul(e) : Oui  Non

Conformément à la loi relative à l'informatique et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant sur simple demande.

### Autorisation

A qui téléphoner en cas d'urgence (Nom/Prénom/Téléphone) : Mère  Père  Autre

Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant (Nom/Prénom/Téléphone) :

## NAVETTE

Ecole : Jean De La Fontaine  Paul Eluard  Classe : .....

## MEDICAL

Information médicale (allergies, lunettes, etc...) : .....

Information alimentaire : .....

Je soussigné(e) .....

Responsable de l'enfant .....

1 - Autorise les responsables du centre :

. à le faire soigner et à l'hospitaliser en cas d'urgence.

2 - Autorise mon enfant :

. à participer aux activités du centre,

. à se baigner.

3 - Accepte et atteste avoir pris connaissance du projet associatif et du projet pédagogique.

4 - Accepte et atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur (disponible sur demande à l'accueil).

Fait à ..... le .....

Signature

## A REMPLIR PAR LE SERVICE

CERTIFICAT MEDICAL	COTISATION			REGLEMENT		DATE	COMPLET
	FOL	FSGT	UFOLEP	ESPECES	CHEQUE		