



# Centre Social Denentzat

29 Rue Richelieu  
64700 HENDAYE

Tél : 05 59 20 37 63

e-mail : [centresocialdenentzat@sfr.fr](mailto:centresocialdenentzat@sfr.fr)

## DOCUMENTS NECESSAIRES A L'INSCRIPTION :

- ATTESTATION NATATION
- CERTIFICAT MEDICAL
- VACCINS
- AVIS D'IMPOSITION 2017
- AIDES AUX TEMPS LIBRES

## Fiche de renseignements PERIODE D'INSCRIPTION 2017/2018

Nom de l'enfant ..... Prénom .....

Date de naissance ..... Lieu de naissance .....

	PERE	MERE
Nom		
Prénom		
Adresse CP VILLE		
E-mail :		
Téléphone personnel		
Téléphone portable		
Téléphone du travail		
Profession		

J'autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile après la fin de l'activité      **oui**    **non**  
Si non , j'autorise M.....      à le raccompagner.

**Je décharge le centre de toute responsabilité après la fin de l'activité.**

J'autorise la prise de photos ou film de mon enfant au cours des animations,  
ainsi que leurs diffusions.      **oui**    **non**

A..... le.....  
Signature

**Personne à prévenir (dans le cas où nous ne pourrions vous joindre) :**

**Nom prénom :** ..... **Tel :** .....

**Médecin :** ..... **Tel :** .....

**N° ALLOCATAIRE CAF :** .....

**En cas d'urgence :**

La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

**Adresse du centre de sécurité sociale**.....

**Nom et adresse de l'assurance :**

**N° de sociétaire**.....

J'autorise le responsable de l'activité ou le directeur du centre à s'adresser directement, en cas d'urgence, au médecin du centre ou à tout autre médecin ; à orienter et transporter mon enfant par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté.

A..... le.....

Signature

**Autorisation d'intervention chirurgicale**

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame..... autorisons l'anesthésie de notre fille/fils ..... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

**AUTORISATION DE SORTIE HOSPITALIERE**

D'autre part, nous autorisons le responsable de l'activité ou le directeur référent à repartir de l'hôpital ou de la clinique avec l'enfant après autorisation de l'équipe médicale.

A..... le.....

Signature

**Vaccination** (*Photocopie des pages vaccins du carnet de santé*)

**Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à notre connaissance (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre....) :**

.....  
.....  
.....

A..... le.....

Signature