



Centre Social Denentzat

29 Rue Richelieu
64700 HENDAYE

Tél : 05 59 20 37 63

e-mail : centresocialdenentzat@sfr.fr

DOCUMENTS NECESSAIRES A L'INSCRIPTION :

- ATTESTATION NATATION
- CERTIFICAT MEDICAL
- VACCINS
- AVIS D'IMPOSITION 2016
- AIDES AUX TEMPS LIBRES

Fiche de renseignements PERIODE D'INSCRIPTION 2016/2017

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 :**

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

