



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS ACTIVITÉ « »

**NOM de l'enfant :**

**Prénom :**

**Adresse :**

**Email :**

**Date et Lieu de naissance :**

**Nom et N° de l'assurance RC :**

## **PÈRE ou TUTEUR**

**NOM :**

**Prénom :**

Adresse si différente de celle de l'enfant :

N° de Tel Domicile :

Travail :

Portable :

## **MÈRE ou TUTRICE**

**NOM :**

**Prénom :**

Adresse si différente de celle de l'enfant :

N° de Tel Domicile :

Travail :

Portable :

**PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ENFANT (autres que les parents)**

NOM : Qualité :  
NOM : Qualité :  
NOM : Qualité :

**PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS D'ACCIDENT (autres que les parents)**

NOM : Qualité :  N° de Tel :  
NOM : Qualité :  N° de Tel :

**DROIT A L'IMAGE**

Je autorise l'association « Le Foyer de Villeneuve-lès-Bouloc » à prendre des images de mon enfant (photos, vidéos) qui pourront servir pour des expositions organisées par le Foyer (forum des associations, autres événements liés à l'activité ...) ainsi qu'au site internet <http://le-foyer-de-villeneuve.org> (sans mention de son identité).

Je n'autorise aucune prise d'images de mon enfant.

**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_, autorise à participer à l'activité « \_\_\_\_\_ ».

Je autorise également l'animateur responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes les mesures d'urgence si les circonstances obligent à un recours hospitalier ou clinique.

Je certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à Villeneuve-lès-Bouloc, le

*Signature précédée de la mention « lu et approuvé »*

Pièce à fournir : Certificat médical