

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Coordonnées de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : / / Age : ans n° tel de l'enfant :

Coordonnées du responsable :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

→ Domicile : _____ → Portable : _____ → Travail : _____

Autres personnes à contacter (optionnel) :

Nom / Prénom : _____ → : _____

Couverture sociale :

N° de Sécurité Sociale : _____ / _____

Fiche sanitaire :

Vaccinations à jour : oui non

Problème de santé (si oui précisez) : oui non

J'autorise mon enfant : oui non

- à participer à la sortie du **DIMANCHE 29 JUIN 2025** au parc d'Astérix, et autorise les responsables accompagnateurs à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident,
- **Autorise** les organisateurs et accompagnateurs désignés par la Mairie à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant (y compris une hospitalisation et/ou une intervention chirurgicale d'urgence) et à faire administrer les soins médicaux jugés indispensables par le corps médical.
- à regagner seul le domicile : oui non
- à être photographié ou filmé : oui non
- à être seul dans le parc : oui non

Signature :