

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS
PARTICIPATION AUX ATELIERS CULTURELS
DU 14 AU 18 FÉVRIER 2022**

Jeune :

Nom : Prénom : ☐ M ☐ F

Né (e) le : Lieu de naissance :

Établissement scolaire fréquenté : Classe :

Jeune :

Nom : Prénom : ☐ M ☐ F

Né (e) le : Lieu de naissance :

Établissement scolaire fréquenté : Classe :

Jeune :

Nom : Prénom : ☐ M ☐ F

Né (e) le : Lieu de naissance :

Établissement scolaire fréquenté : Classe :

Représentant 1 : Père – Mère – Autre ①

Nom : Prénom :

Situation familiale : marié – séparé – divorcé – vie maritale – célibataire – veuf ①

Adresse :

Tél domicile : Tél portable :

Tél professionnel : Adresse mail :

Représentant 2 : Père – Mère – Autre ①

Nom : Prénom :

Situation familiale : marié – séparé – divorcé – vie maritale – célibataire – veuf ①

Adresse :

Tél domicile : Tél portable :

Tél professionnel : Adresse mail :

Personnes à prévenir en cas d'urgence et autorisées à venir chercher le jeune

Nom - Prénom	Lien de parenté	Téléphone

① Rayer la mention inutile

Autorisations :

J'autorise mon.mes fils /ma.mesfille.s à pratiquer les ateliers proposés :

Oui – Non ①

J'autorise mon.mes fils / ma.mesfille.s à rentrer seul (e) après la fin des ateliers :

Oui – Non ①

J'autorise les prises de vue (photographie, film) de mon.mes fils / ma.mesfille.s dans le cadre des ateliers proposés ainsi que leur utilisation dans le cadre d'expositions, d'activités basées sur l'image, sur le bulletin municipal et sur le site internet de la commune :

Oui – Non ①

Attestation d'assurance en Responsabilité Civile (à fournir impérativement)

Compagnie : N° Police :

Médecin :

Médecin traitant :Téléphone :

Certificat médical à fournir pour « pratiques sportives ».

Renseignements médicaux :

Vaccins (nom et date du dernier rappel) :prénom

Vaccins (nom et date du dernier rappel) : prénom

Vaccins (nom et date du dernier rappel) : prénom

Allergies : (précisez le.sprénom.s) Asthme Oui – Non ①

Alimentaires Oui – Non ①

Médicamenteuses Oui – Non ①

Autres :

Précisions utiles (difficultés de santé, PAI, port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, dentaires) : merci d'indiquer le.s prénoms

.....

.....

Tarifs et moyens de paiement

Tarifs :

- 30 € pour un enfant
- 50 € pour deux enfants
- 60 € pour trois enfants

Moyens de paiements après réception de la facture :

- Espèces
- Chèques vacances
- Chèque
- Tickets CESU

Je soussigné(e),, responsable légal de l'adolescent,

.....
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la Mairie à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgences seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date et signature :

Ce dossier est à remettre pour le **mercredi 10 février 2022**

- mail : culture@ychoux.fr

- **boîtes aux lettres** : Mairie ou Médiathèque

Contacts : 05.58.82. 36.01 *Service Enfance-Jeunesse*