



AUTORISATION

Parentale

ALSH ADOS (Valable 1 an)

Nom et Prénom de l'enfant :

Date et Lieu de naissance :

Adresse (complète) :

Nom et Prénom du responsable légal :

Adresse si différente :

Téléphone : Domicile :

Portable :

Travail :

N° sécurité sociale :

Quotient familial :

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom Prénom : Tél. :

Nom Prénom : Tél. :

J'autorise mon enfant à participer aux activités ALSH Ados (après-midi, journée, soirée et Séjour aux horaires indiqués sur le programme) proposées par le Centre Social et Culturel du Canton de Stenay.

Tout séjour (sauf accessoire) fera l'objet d'une autorisation parentale spécifique.

J'autorise mon enfant à rejoindre seul son domicile après les activités : OUI NON

J'autorise le Directeur de la structure à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médicaux, hospitalisations, intervention chirurgicale.....) rendue nécessaires par l'état de l'enfant et m'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés en raison des soins engagés.

Je m'engage à faire fonctionner ma responsabilité civile si mon enfant est à l'origine d'un accident pendant l'activité.

Je décharge les organisateurs de toutes responsabilités d'accident survenant en dehors des activités auxquelles est inscrit l'adolescent.

Je m'engage à tenir systématiquement informé le directeur de tous changements importants (adresse, téléphone, vaccins, santé générale ...) de la situation de mon enfant.

Je certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et reconnais avoir pris entière connaissance des conditions d'inscription et de fonctionnement liés aux activités menés par le dispositif ALSH Ados (Escap-Ados).

A

Signature

, le