

INFORMATIONS SUR L'ENFANT

NOM : Prénom :

Né(e) le :

Adresse :

CP : Ville :

INFORMATIONS SUR LA PERSONNE DETENANT L'AUTORITE PARENTALE

AUTORITE PARENTALE père mère autre

NOM :

Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

E-mail :

INFORMATIONS UTILES EN CAS D'URGENCE

Numéros de téléphone en cas d'urgence :

Père : Mère :

Nom et adresse de la compagnie d'assurance responsabilité civile :

Nom du médecin traitant

Numéros de téléphone :

J'autorise la ville de Fougères au traitement des données personnelles énoncées ci-dessus :
oui non

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (**informations sous pli cacheté**), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

oui

non

Lesquels :

ALLERGIE

MEDICAMENTEUSE :oui non

Laquelle :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc...

Y-a-t-il des précautions à prendre ?.....

AUTORISATIONS

Je soussigné(e).....

Agissant en qualité de père, mère, tuteur de l'enfant :

ATTESTE avoir été informé(e) de l'intérêt de souscrire à un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités pratiquées par les enfants,

ATTESTE avoir pris connaissance des conditions d'organisation du dispositif Pass'Partout ainsi que des conditions tarifaires,

AUTORISE la ville de Fougères au traitement des données personnelles énoncées page 1,

AUTORISE le responsable de l'activité à prendre toutes les dispositions en cas de difficultés rencontrées soit par le comportement de mon enfant, soit par les aléas des activités pratiquées.

AUTORISE le responsable de l'activité à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

AUTORISE la diffusion de photos représentant mon enfant, prises à l'occasion des activités auxquelles il participe, sur les publications municipales : **oui** **non**

Je soussigné(e).....certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.

J'ai pris connaissance que je suis responsable de mon enfant dès la fin de l'activité.

Fait à le

Signature :