

N° AF : \_\_\_\_\_ chèques vacances :

Nom de la personne à prévenir en cas d'accident : \_\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Nom de Mutuelle : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ N° tel : \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .

Groupe sanguin : \_\_\_\_\_

Recommandations particulières : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si l'enfant suit un traitement lequel ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_

Régime particulier : \_\_\_\_\_

L'enfant bénéficie t'il d'un Plan d'Accueil Individualisé ?  Oui  Non

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_,

**autorise mon enfant,** \_\_\_\_\_

à participer aux activités proposées par le Service Jeunesse

à rentrer seul au domicile à la fin des activités (uniquement les enfants de plus de six ans).

**autorise les responsables,**

à filmer ou photographier mon enfant lors des activités et à produire les images sur le site de la commune, le journal.

à prendre en cas de maladie ou d'accident toutes mesures d'urgence prescrites par le médecin.

Ecuisses, le \_\_\_\_\_