



VILLE D'ALBERTVILLE
12, COURS DE L'HÔTEL DE VILLE - BP 104
73207 ALBERTVILLE CEDEX
TÉL. +33 (0)4 79 10 43 00
FAX. +33(0)4 79 10 43 09

FICHE D'INSCRIPTION PASS ENFANCE JEUNESSE 2019-2020

PASS N° :

VALIDE DU 08/07/19 AU 06/07/2020

L'ENFANT / LE JEUNE

Nom		Prénom	
Sexe		Date de naissance	
Assurance		N° contrat ou police	
Établissement Scolaire		Quotient Familial	

REPRÉSENTANTS LÉGAUX DE L'ENFANT/DU JEUNE

N° Dossier Famille (interne au Guichet Unique)		
	MÈRE	PÈRE
NOM Prénom		
Adresse		
☎ domicile		
☎ portable		
☎ travail		
Émail		

Situation de famille :

Les responsables autorisent :

- l'enfant à rentrer seul jusqu'à mon domicile à l'issue des activités ou du transport par car.
- la diffusion de l'image de mon enfant sur des documents d'information municipale.
- de recevoir des informations par SMS.
- le responsable de l'accueil, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant,
- en cas de séparation ou de divorce le père M. ou la mère Mme. de l'enfant ci-dessus à l'inscrire également aux activités péri et extra scolaires ou à venir le récupérer à l'école ou à la sortie des activités.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Date de prochain rappel DT polio : Allergies alimentaires :

Nécessite un Projet d'Accueil Individualisé : Autre allergie :

Repas sans viande

PERSONNES AUTORISÉES A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (Préciser les noms, prénoms et téléphone)

.....
.....
.....

PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ENFANT (Préciser les noms, prénoms et téléphone)

.....
.....
.....

AUTORISATIONS

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant: déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris connaissance et accepte le règlement intérieur des différents dispositifs.

Date : /...../..... Signature (obligatoire) :