

REPAS SPECIAUX

Allergie(s) alimentaire(s) oui () non ()

Si oui, lesquelles

Régime alimentaire particulier :

NOM (du médecin traitant) ☎

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Signature du responsable de l'enfant :

AUTORISATIONS

Autorise la ou les personne(s) suivante(s) à venir chercher l'enfant : Lien de parenté :

- Adulte ☎ :
.....
.....

- Fratrie* Age :
* si frère ou sœur **à partir de 12 ans (collège)**

Autorise L'Association des Centres socio-culturels de Caluire à utiliser la photo et l'image de mon enfant dans le cadre de sa communication (presse, communication écrite, Facebook, blog, Site Internet, plaquettes).

N'autorise pas

Autorise - à rentrer seul(e) à la fin de l'activité.

N'autorise pas - Départ autorisé à : H

SIGNATURE

Caluire le/...../.....

Signature :