

AUTORISATION DE SORTIE

Nom de l'enfant : Prénom :

Né (e) le :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Votre enfant est-il autorisé à quitter seul le Centre Socioculturel Saint-Exupéry :

Oui

Non

Si non, indiquez les noms des personnes susceptibles de venir chercher l'enfant :

Nom.....prénom.....

A Varennes sur Seine, le :

Signature :

AUTORISATION D'HOSPITALISATION

(Ceci ne concerne que les enfants non accompagnés)

Je soussigné(e) Mme, M.....

Domicilié(es).....
.....

Responsable de l'enfant :

Nom : Prénom :

Né(e)le :

Déclare exacts les renseignements donnés sur cette fiche, autorise mon enfant à participer à toutes les activités prévues et autorise le responsable à faire soigner et à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin consulté.

Je m'engage à respecter les conditions générales de participation et à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux d'hospitalisation et d'opération éventuelle non remboursés par la sécurité sociale.

J'accepte d'être pris(e) en photo dans le cadre des activités du Centre Socioculturel.

Je n'accepte pas d'être pris(e) en photo dans le cadre des activités du Centre Socioculturel.

A Varennes sur Seine, le :

Signature :