



FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2016-2017

Service Jeunesse

ENFANT

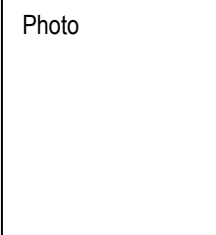
NOM DE L'ENFANT :

PRENOM DE L'ENFANT :

DATE DE NAISSANCE :

AGE : SEXE :

ADRESSE MAIL DE L'ENFANT :



RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM PARENT : PRENOM :

ADRESSE PARENT :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL DOMICILE : TEL PORTABLE :

ADRESSE MAIL :

NOM PARENT : PRENOM :

ADRESSE PARENT :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL DOMICILE : TEL PORTABLE :

ADRESSE MAIL :

Les informations contenues dans cette fiche ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à l'exercice du droit individuel d'accès auprès de la mairie de Crolles, conditions prévues par la délibération n° 80 du 1/4/80 de la CNIL. Les destinataires des informations sont : la caisse d'allocations familiales et la Ville de Crolles.

Le service jeunesse et vie locale de Crolles bénéficie du soutien de la Caisse d'allocations familiales de l'Isère

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) :

Participation

Autorise mon enfant à participer aux activités du service jeunesse de la ville de Crolles.

Règlement intérieur

Déclare avoir reçu un exemplaire du règlement intérieur et en avoir pris connaissance.

Fin des activités

autorise mon enfant à rentrer seul après les activités.

n'autorise pas mon enfant à rentrer seul après les activités et je donne le nom des personnes habilitées à récupérer l'enfant en plus du ou des responsable(s) légal(aux)

Nom / prénom:

Nom / prénom:

Droit à l'image

oui non Autorise la commune de Crolles à utiliser l'image de mon enfant dans le cadre de la promotion des activités du service jeunesse et vie locale (site internet, presse, bulletin municipal, plaquettes d'activités du service jeunesse...)

Transport

Autorise les personnels mandatés par le service jeunesse de la commune à véhiculer mon enfant dans le cadre des activités.

Assurance

Atteste avoir souscrit une assurance responsabilité civile en cours de validité pour mon enfant.

Soins

Autorise mon enfant à pratiquer toutes activités sportives et m'engage à vérifier qu'il ne présente pas de contre-indication médicale

Autorise les personnes mandatées à pratiquer tous les soins et interventions d'urgence rendus nécessaires par l'état de mon enfant.

À noter

Les objets personnels (téléphone, MP3...) sont sous la responsabilité de leur propriétaire. La commune de Crolles décline toute responsabilité en cas de vol ou de perte.

Je certifie l'exactitude des renseignements fournis sur la fiche de renseignements et la fiche sanitaire de liaison.

À Crolles le :

Signature :

Cette fiche de renseignements est valable du 1^{er} septembre 2016 au 31 août 2017.