



**FICHE SANITAIRE  
EXTRA SCOLAIRE  
WEEK END - MERCREDI  
2018/2019**

PHOTO

Nom de l'enfant : .....		
Prénom : .....		
Date de naissance : .....		Niveau : .....
Problèmes de santé/allergies :		
	<b>Mère</b>	<b>Père</b>
NOM		
Prénom		
Adresse		
Tél		
Mail		
Autre personne à contacter en cas d'urgence :		
Nom :		
Prénom :		Tél :

**AUTORISATION PARENTALE**

- J'autorise mon enfant à sortir seul(e) une fois les cours terminés.
- Je n'autorise pas mon enfant à sortir seul(e) une fois les cours terminés.

J'autorise les personnes ci-dessous à venir chercher mon enfant après les cours :

Nom :  Prénom :

Tél 1 :  Tél 2 :

Nom :  Prénom :

Tél 1 :  Tél 2 :

Nom :  Prénom :

Tél 1 :  Tél 2 :

- J'autorise l'association à photographier mon enfant dans le cadre des activités pédagogiques et sa publication sur le site internet d'Orientation.

Je m'engage à communiquer à l'association toutes modifications concernant les informations apportées sur cette présente fiche.

Fait à

Le,

Signature du responsable légal :