



OPERATION ETE JEUNES EDITION 2021

Le jeune

Nom :
Prénom :
Date De Naissance :
Lieu De Naissance :
Adresse :
Tel : Mail :@.....

PERE :

Nom /Prénom :
Profession :
Tel : Mail :@.....
Adresse (si différente de celle du jeune)

MERE :

Nom Prénom :
Profession :
Tel : Mail :@.....
Adresse (si différente de celle du jeune)

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ABSENCE DE LA FAMILLE :

Nom Prénom :
Adresse :
Tel :

REGIME D'AFFILIATION: (n° et nom allocataire) :.....

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE :

ORGANISME :
ADRESSE :
N° de contrat :

MEDECIN TRAITANT :

NOM :
Tel :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) : demeurant à.....
Responsable légal de l'enfant :

AUTORISE :

- Celui-ci à pratiquer les activités proposées dans le cadre de « opération été jeunes 2021 » mises en place sur la Communauté de Communes du Grand Armagnac.
- L'équipe encadrante de la Communauté de Communes à photographier, à enregistrer la voix ou à filmer mon enfant dans le cadre de ses activités, les images pourront être utilisées au cours d'animations ou diffusées (sans but lucratif)
- Les responsables à prendre toutes mesures d'urgences qu'ils jugeront nécessaires en cas d'accident.

Date :

Signature (Précédée de la mention « lu et approuvé »)



DECHARGE DE RESPONSABILITE

Responsable légal :

Nom :

Prénom :

Adresse.....

.....

CP : Ville :

Téléphone : /

Mail :

Le jeune :

Nom :

Prénom :

Date de Naissance : ... / /

Condition de responsabilité :

La responsabilité des personnes encadrant les activités est engagée durant l'amplitude d'accueil du jeune, définie par le projet de l'action.

Les jeunes sont à nouveau sous la responsabilité du responsable légal en dehors de cet accueil.

Le

Signature du **jeune**

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

Signature du **représentant légal**

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné,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.*

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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



ATTESTATION PARENTALE DE NATATION

Je soussigné(e), Nom

:..... Prénom

:.....

(1) Père, Mère, Tuteur légal de l'enfant :

Nom :..... Prénom

:.....

Autorise d'une part, l'enfant précité à participer aux animations aquatiques et terrestres dans le cadre des activités mises en place par le service animation jeunesse.

J'atteste d'autre part, que l'enfant précité est apte à s'immerger, puis à nager au moins 25 mètres sans reprendre pied.

Je déclare prendre connaissance des conditions générales du déroulement des activités proposées par le service animation jeunesse et m'assurer que l'enfant précité fait de même, avec mon aide si nécessaire.

Fait à :.....le.....

Signature du représentant légal, précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

(1) rayer la mention inutile