



L'ADOLESCENT(E)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../..... Sexe : F ou M

LE REPRESENTANT LEGAL

Nom-Prénom : Tél du domicile :/...../...../...../.....

Adresse :

Numéro C.A.F :

ASSURANCE

Responsabilité Civile ou Assurance
extra-scolaire

Nom de l'assurance:

N° de contrat :

SANTE

Contre-indications et autres renseignements :

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

SECURITE

En cas d'accident, l'enfant sera conduit par les secours (Pompiers, SAMU) au Centre Hospitalier de Bourges.

Nom et téléphone de la personne à contacter en cas d'accident :

Père : Tél :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

Mère : Tél :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

Autre (à préciser) : Tél :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

J'autorise la structure Espace Jeunes à prendre en photo mon enfant (en petit groupe) afin de les mettre en exposition dans la structure et/ou de les publier sur notre site officiel.

OUI

NON

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Signature