



ENFANT

Nom

Prénom

Date de naissance

âge

Ecole (ville):

Classe

PARENTS

Non/Prénom :

Adresse :

Tel 1 :

Tel 2 :

Personnes autorisées à venir récupérer l'enfant (les personnes doivent être en possession d'une pièce d'identité)

Nom Prénom

Téléphone

Nom Prénom

Téléphone

INFORMATION MEDICALE

Allergies

Actuellement suit un traitement médical Oui / Non

Si oui lequel

Problème de santé ?

.....

AUTORISATION

J'autorise les responsables à prendre le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, interventions chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant

J'autorise l'association JAH à photographier et filmer mon enfant lors de la kids party. Ces photos et films pourront servir de support d'exposition utiliser comme support de communication par l'association (plaquette, presse, site internet)

Certifie que les renseignements sont exacts.

Confirme avoir pris connaissances des informations et du règlements intérieur de la kids party vis-à-vis duquel je parque ma total adhésion.

SIGNATURE

.....