



# SEJOUR ETE 2019

## REPRESENTANT

Mlle/Mme/M. NOM  Prénom

Date de naissance (jour/mois/année)  e-mail

Adresse

CP  Ville

N° ALLOCATAIRE CAF (OBLIGATOIRE)  QF

Tél. domicile  Tél. portable

Tél. professionnel  e-mail

## VOTRE ENFANT

NOM

PRENOM

Date de naissance

CONTRE-INDICATION ALIMENTAIRE (OBLIGATOIRE)

## DOCUMENTS A FOURNIR

- Copie de l'attestation d'assurance responsabilité civile
- Fiche sanitaire de liaison
- Fiche d'inscription
- Document attestant de votre quotient familial ou numéro CAF

## AUTORISATION PARENTALE

J'autorise mon enfant à être hospitalisé et à subir une intervention chirurgicale en cas de nécessité absolue : oui  non

J'accepte que mon enfant participe au séjour du 06 au 16 JUILLET 2019 tout en attestant aussi que mon enfant est apte physiquement à y participer Oui  non

J'autorise la commune de Lumbin à diffuser des images de mon enfant sur leurs différents supports de communication (diaporama, film plaquette, Facebook) oui  non

Je soussigné(e) Mlle, Mme, M.  
les conditions du séjour.

certifie avoir pris connaissance et approuvé

Date :

Signature: