

## 1 Enfant

**Prénom:**

**Nom:**

Date de naissance:

Lieu de naissance:

Classe:

Etablissement fréquenté:

Numéro de carte EEDF:

**Assurance individuelle (numéro et police):**

## 2 Parents/Autorité parentale

**Père:** Nom:

Prémon:

Adresse:

Code postal:

Ville:

Pays:

Tèl. portable:

Tèl. domicile:

Tèl. Bureau:

Adresse email (consultée régulièrement):

**Mère:** Nom:

Prémon:

Adresse:

Code postal:

Ville:

Pays:

Tèl. portable:

Tèl. domicile:

Tèl. Bureau:

Adresse email (consultée régulièrement):

**Autorisation parentale exercée par:**

Père et mère

Père seul

Mère seule

Autre (précisez):

**Sécurité sociale - N° et caisse :**

**Allocations familiales - N° et caisse :**

**Personnes autorisées à faire sortir l'enfant :**

## 3 EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT :

Je soussigné(e)

(mère/père)

de

, autorise la personne

ayant la responsabilité de l'enfant à prendre toute décision qu'elle jugerait utile devant une urgence ou une éventuelle intervention chirurgicale suivant prescription médicale. Je m'engage à rembourser les frais médicaux incombant à la famille.

## 4 ET TOUT AU LONG DE L'ANNEE :

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités régulières E.E.D.F. J'autorise mon enfant à dormir sous la tente. J'autorise le transport de mon enfant dans la voiture personnelle d'autres parents ou des responsables des E.E.D.F. J'autorise la publication des photos de mes enfants dans le cadre de l'association (Internet, journaux, affiches...).

Fait à

le

**Signature obligatoire, précédée de la mention "lu et approuvé"**