



Fiche de Renseignements ENFANTS/ADOS

Nom :

Prénom

Date de naissance :

Adresse :

N° de tel. :

Adresse e-mail :

Autorisation parentale

Je soussigné(e) Nom, Prénom

Parent de l'enfant

- Autorise les personnes majeures ci-dessous à venir chercher mon enfant en cas d'empêchement de ma part :

Nom, prénom : Tél :

Nom, prénom : Tél :

Nom, prénom : Tél :

- Autorise mon enfant à repartir seul à la fin du cours de Dessin : OUI NON
- Autorise mon enfant à être photographié ou filmé dans le cadre des activités méridiennes afin d'illustrer les supports de communication (site web de l'atelier, journal, affiche etc.) et donne mon consentement à la diffusion de l'image de mon enfant et cela à titre gratuit. Ces photos ne feront en aucun cas l'objet d'une utilisation ou diffusion commerciale. OUI NON
- Autorise l'association « Les Ateliers Créatifs » à utiliser mes coordonnées personnelles pour son fichier adhérent. Ces coordonnées ne seront ni cédées, ni vendues à tout autre organisme ou association OUI NON
- Autorise en cas d'urgence, le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur mon enfant. OUI NON

Date et Signature :