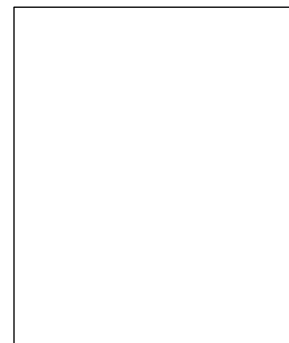


BULLETIN D'ADHESION & SOUSCRIPTION - ENFANT



A – ADHESION

ADHERENT :

Nom :	Prénom :
Sexe :	Né(e) le :
Ecole :	Classe :
Adresse école :	
Code postal :	Commune :

RESPONSABLES LÉGAUX :

Nom :	Prénom :
Lien avec l'enfant :	Profession :
Adresse :	
Code postal :	Commune :
Téléphone domicile :	Téléphone portable :
Téléphone travail :	Courriel :

Nom :	Prénom :
Lien avec l'enfant :	Profession :
Adresse :	
Code postal :	Commune :
Téléphone domicile :	Téléphone portable :
Téléphone travail :	Courriel :

ADHESION SOUSCRITE : Adhésion Simple Adhésion Family

FORMULE SOUSCRITE : _____

DOCUMENTS A JOINDRE IMPERATIVEMENT AU BULLETIN D'ADHESION :

- ✓ Le présent Bulletin d'Adhésion dûment rempli et signé, y compris la section « Renseignements »,
- ✓ 1 photo,
- ✓ Le règlement correspondant au montant de l'adhésion et de la formule souscrite.

JE SOUSSIGNE(E) :

père, mère ou responsable légal* de l'enfant :

- ✓ Autorise / N'autorise pas * LET'S PLAY FAMILY à photographier et filmer mon enfant dans le cadre des activités,
- ✓ Autorise / N'autorise pas * la publication éventuelle de ces photos et vidéos sur des supports de communication (affichage centre, site internet LET'S PLAY FAMILY),
- ✓ Autorise / N'autorise pas * LET'S PLAY FAMILY à récupérer mon enfant à la sortie d'écoles partenaires (sous réserve d'inscription à cette formule),
- ✓ Autorise / N'autorise pas * mon enfant à sortir dans le cadre des activités en dehors des locaux de LET'S PLAY FAMILY quel que soit le mode de transport,
- ✓ Autorise / N'autorise pas * mon enfant à partir seul des locaux LET'S PLAY FAMILY à la fin des activités,
- ✓ Autorise LET'S PLAY FAMILY à prendre, le cas échéant, toutes mesures nécessaires en cas d'urgence,
- ✓ Déclare être responsable de la composition du repas de mon enfant,
- ✓ Déclare avoir souscrit une assurance individuelle en responsabilité civile pour mon enfant,
- ✓ Déclare les informations fournies dans le bulletin d'adhésion exactes,
- ✓ Déclare avoir pris connaissance des prestations proposées, des Conditions Générales de Vente et des Règles de Fonctionnement du Centre et y souscrire sans réserve.

* : *rayer la mention inutile*

Date :

Signature du responsable légal de l'enfant (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

B - RENSEIGNEMENTS

B.1 - PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT AU CENTRE (autres que les responsables légaux)

A appeler en cas d'urgence <input type="radio"/>	Autorisé(é) à venir chercher mon enfant <input type="radio"/>
Nom :	Prénom :
Lien avec l'enfant :	
Adresse :	
Code postal :	Commune :
Téléphone domicile :	Téléphone portable :
Téléphone travail :	Courriel :

A appeler en cas d'urgence <input type="radio"/>	Autorisé(é) à venir chercher mon enfant <input type="radio"/>
Nom :	Prénom :
Lien avec l'enfant :	
Adresse :	
Code postal :	Commune :
Téléphone domicile :	Téléphone portable :
Téléphone travail :	Courriel :

B.2 - ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : Oui Non

Assurance individuelle accident : Oui Non

Compagnie d'assurance :

Numéro de police d'assurance :

B.3 – RENSEIGNEMENTS SANITAIRES CONCERNANT L'ENFANT

VACCINATIONS :

Remplir le tableau à partir du carnet de santé de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes. Si vous souhaitez que ces renseignements restent confidentiels, merci de les transmettre au responsable du centre dans une enveloppe cachetée.

VACCINS	DATE	VACCINS	DATE
DT Polio		R.O.R	
Haemophilus influenza B		Coqueluche	
Pneumocoque		Hépatite B	
Méningocoque C		BCG	

Attention : Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

ALLERGIES :

Asthme : Oui Non

Allergies alimentaires : Oui Non

Allergies médicamenteuses : Oui Non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Indiquer si l'enfant a ou a eu des difficultés de santé (maladies, accidents, allergies, hospitalisations) et les éventuelles précautions à prendre :

.....

Votre enfant suit-il actuellement un traitement : Oui Non

Si oui, lequel?

Observations particulières concernant l'enfant :

MEDECIN TRAITANT

Nom :

Téléphone cabinet : Téléphone portable :

Adresse : Code postal / Ville