

FICHE COMPLÉMENTAIRE *CENTRE DE VACANCES*

SEJOUR CENTRE DE LOISIRS SLEP D'AYTRÉ

NOM ENFANT : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Date de naissance : _____

Nom du père : _____ Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Nom de la mère : _____ Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

DÉCLARATION DU CHEF DE FAMILLE

Je soussigné(e) : _____

- Autorise mon enfant _____ à participer au séjour organisé par le Centre de Loisirs SLEP d'Aytré,
- Déclare qu'il est apte à pratiquer les activités prévues au programme,
- Autorise le directeur du séjour à faire soigner mon enfant et à pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin consulté,
- M'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille et qui aurait été avancé par le Centre de Loisirs SLEP (frais médicaux, d'hospitalisation ou opération éventuelle),
- Certifie que l'enfant a subi les vaccinations réglementaires,
- Déclare qu'à ce jour, mon enfant ne présente pas de contre indication à la pratique sportive, à l'altitude, à la vie collective.

Personne à prévenir en cas d'urgence : _____

N° de téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Fait à Aytré, le _____

Signature :