



CENTRE DE VACANCES

N. D. DE PERSEIGNE

Nouvel An 21-22 Saltimbanques
(pour les jeunes porteurs de handicap)

NOM et Prénom du colon

Date et lieu de naissance **Age** :.....

Il (elle) est à la maison :	Il (elle) est en famille d'accueil :	Il (elle) est en structure d'accueil :
Nom et adresse du (des) parent (s)	Nom et adresse de la famille d'accueil	Nom et adresse de la structure
N° de téléphone	N° de téléphone	N° de téléphone
	N° de téléphone et nom du référent éducatif	N° de téléphone et nom du référent éducatif
Adresse mail (non communiquée à tiers)	Adresse mail (non communiquée à tiers)	Adresse mail (non communiquée à tiers)

Ecole fréquentée

Vos remarques et désirs concernant alimentation, sport, baignade, santé, caractère, activité permettant la valorisation, etc ...

.....

.....

.....

.....

Je soussigné, Responsable de l'enfant,

- l'autorise à participer à toutes les activités du Centre .**
- autorise le Directeur, en cas d'urgence, à prendre toutes les mesures médicales ou chirurgicales reconnues nécessaires.**
- autorise la publication, sur le site Internet et les réseaux sociaux de l'Association N. D. de Perseigne, de photos et/ou d'images vidéo de l'enfant ci-dessus nommé prises à l'occasion du séjour**

Signature