



**CENTRE DE VACANCES**

**N. D. DE PERSEIGNE**

Photo  
Récente  
(obligatoire et  
non agrafée)

**JUILLET 2024**  
 du 07 au 14    du 14 au 21  
 du 21 au 28

**AOÛT 2024**  
 du 4 au 11    du 11 au 18  
 du 18 au 25  
 **Camp Saltimbanques** (pour les jeunes  
porteurs de handicap)

**NOM et Prénom du colon** .....

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

|  |
|--|
| Nom et adresse du ( des ) parent ( s )   |
|  |
|  |
|  |
|  |
| N° de téléphone                          |
|  |
|  |
|  |
| Adresse mail ( non communiquée à tiers ) |
|  |

**Ecole fréquentée** .....

**Si l'enfant dispose d'une notification MDPH merci de la joindre au dossier**

**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**