



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

AOUT 2024

du 04 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 :.....

Il (elle) est en famille d'accueil :	Il (elle) est en structure d'accueil :
Nom et adresse de la famille d'accueil	Nom et adresse de la structure
Nom du référent éducatif	Nom du référent éducatif
N° de téléphone	N° de téléphone
N° de téléphone en cas d'urgence 24/24 & 7/7	N° de téléphone en cas d'urgence 24/24 & 7/7
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