

MERCREDI JEUNESSE

Nom de l'Accueil	Maternelle : ☐	Primaire : ☐	N° Allocataire + QF	FACTURATION : Père : ☐ Mère : ☐
----------------------------------	---	---	--	---

Nom(s) / Prénom(s) de l'enfant :

Date de naissance :/...../..... A :

Renseignements concernant la famille

	Père	Mère
Noms / Prénoms		
Date et lieu de naissance		
Adresses		
N° de téléphones + mails		
Situation familiale	Mariés ☐ Concubinage ☐ Séparés ☐ Divorcés ☐	Célibataire ☐ Pacsés ☐ Veuf(ve) ☐
Professions		
Employeurs		
Autorisation		
Personnes majeures autorisées à venir chercher l'enfant	Nom(s) / Prénom(s)	N° de téléphone(s)

J'accepte que mon enfant participe à toutes les sorties pédagogiques organisées durant les mercredis jeunesse : } Oui ☐ Non ☐

J'accepte que mon enfant puisse être pris en photo pendant les activités et autorise l'exploitation de ces images :

- dans les outils d'information ou de communication de la municipalité : Oui ☐ Non ☐
- dans la presse locale : Oui ☐ Non ☐

Certifie avoir pris connaissance du règlement : Oui ☐ Non ☐

Fait à Sainte-Suzanne, le :

Signature du responsable légal :