Patronage Saint Lazare

17, Montée de l'Eglise
13950 Cadolive

Photo(s) à coller ici.

Fiche de Renseignements

Le père

Nom : …….. **Prénom : ……**
Profession : ……
Tel : ……
Mail :……

La mère

Nom : …….. Prénom : ……
Profession : ……
Tel : ……....
Mail : ……

Situation familiale

☐ Marié(s) ☐ Séparés ☐ Divorcés
☐ Concubinage ☐ Célibataire ☐ Veuf(ve)

Adresse de l'enfant

……
……
Il s'agit de l'adresse : ☐ Des 2 parents ☐ Du père
☐ De la mère ☐ Autre (préciser : ……).

Quotient familial

……€

➔ *Ne pas oublier de joindre le dernier avis d'imposition sur les revenus OU une attestation de la CAF pour calculer les tarifs.*

- **Le(s) Enfant(s) à inscrire :**

Nom de Famille	Prénom	Sexe (G/F)	Date de naissance	Classe	Ecole

Départ **L'enfant part seul** □ **ou accompagné** □

Personnes autorisées à partir avec le(s) enfant(s), autres que le père et la mère **:**

…….....

……

Préciser les liens de parenté **(Une pièce d'identité peut être demandée par le directeur).**

Autorisation pour le droit à l'image : L'équipe du PATRONAGE SAINT LAZARE est autorisée à (entourer vos choix):

➔ Prendre des photos de mon/mes enfant(s) et que ces photos puissent être développées et être affichées dans les locaux du Patronage ?

OUI NON

➔ Diffuser ces photos sur les supports suivants :

- **Facebook du Patronage ?** **OUI NON**
- **Site internet des Patronages ?** **OUI NON**
- **Journaux, magazines et revues ?** **OUI NON**
- **Flyers et affiches publiques ?** **OUI NON**
- **Télévision, journaux télévisés et reportages ?** **OUI NON**

Autorisation Parentale

Ayant pris connaissance du fonctionnement du Patronage par la lecture du règlement intérieur, je soussigné(e) ……..… En qualité de ……. (lien de parenté) :

- Autorise mon/mes enfant(s) à **participer aux différentes activités organisées par le Patronage.**
- Décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir **avant la venue et après le départ du Patronage**.
- Autorise en cas d'urgence, le directeur du Patronage **à faire pratiquer les interventions chirurgicales,** à faire prescrire tout traitement nécessaire, **et m'engage à rembourser** des honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par l'organisateur.
- **Certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche.**

A ……Le …….

Signature