

Fiche de Renseignements

NOM de famille : _____ NOM d'usage : _____ Sexe : M F

Prénom de l'enfant : _____ Classe en 2023-2024 : _____

Né(e) le : ____ / ____ / _____ Lieu de naissance : _____

Adresse complète : _____

RESPONSABLES LÉGAUX

Mère NOM de famille : _____ Autorité parentale : Oui Non

NOM d'usage : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. portable : _____ e-mail : _____

Profession: _____

Père NOM de famille : _____ Autorité parentale : Oui Non

NOM d'usage : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. portable : _____ e-mail : _____

Profession: _____

Autre responsable légal (personne physique ou morale) Autorité parentale : Oui Non

Organisme : _____

Fonction : _____

Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ e-mail : _____

ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENT :

Numéro de police d'assurance : _____

Compagnie d'assurance : _____

AUTORISATIONS

(à remplir par les deux parents en cas d'adresses différentes) **(Ne cocher qu'en cas de refus)**

- Je ne désire pas communiquer mes coordonnées (email ou téléphone) aux autres membres de l'association Happy English.
- Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités d'Happy English.

BENEVOLAT

- OUI, je peux éventuellement aider lors d'évènements organisés par Happy English tel que la fête d'Halloween ou le goûter de Noël. **Votre aide est précieuse, merci ;)**

CONTACT EN CAS D'URGENCE ET/OU PERSONNES AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE

NOM : _____ Prénom : _____
Lien avec l'enfant : _____
Autorisé à prendre l'enfant Adresse : _____
Téléphone portable : _____

NOM : _____ Prénom : _____
Lien avec l'enfant : _____
Autorisé à prendre l'enfant Adresse : _____
Téléphone portable : _____

En cas d'accident :

Je soussigné(e), Mr/Mme _____, père / mère de l'enfant
_____ autorise l'éducateur d'Happy English en charge de la séance
en cours d'appeler le 15.

Docteur référent de l'enfant :

Nom : _____
Adresse: _____
Téléphone: _____

En cas d'hospitalisation, l'enfant est conduit :

- Au centre hospitalier : _____ - Tel : _____
 A la clinique : _____ - Tel : _____

Conditions générales:

Les adhésions sont encaissées à la fin du mois de Septembre, ce qui vous laisse 3 semaines pour juger si le cours vous convient.

Si vous décidez de continuer, vous vous engagez à amener votre enfant autant que possible tout au long de l'année. Dans le cas ou vous souhaiteriez arrêter définitivement nous vous serions reconnaissant de nous en faire part afin de proposer votre place à d'autres personnes possiblement en attente.

Le remboursement d'adhésion ne pourra se faire qu'en cas de force majeure, comme un déménagement par exemple, et sur justificatif.

Date et signature du représentant légal, suivi de la mention « lu et approuvé » :