



Nom (de l'enfant) :

Prénom (de l'enfant) :

Centre social Françoise-Dolto
AUTORISATION PARENTALE
Vacances hiver 6/10 ans

Je soussigné(e) Madame, Monsieur (responsable légal)

Demeurant

Tel. : ___/___/___/___/___

Portable : ___/___/___/___/___

Autorise mon fils / ma fille

âgé(e) de ___ ans

Numéro de Sécurité Sociale couvrant le jeune : ___/___/___/___/___/___

à participer **aux sorties** ou **au(x) stage(s)** suivant(s) :

(1)	Dates	Horaires	Rendez-vous	Age	Activité	Tarifs	Présent / Abs
	Lundi 16, mercredi 18 et vendredi 20	14h30/16h	Espace Po	10/12 ans	Pyrogravure	0€	
	Lundi 16 Et/ou Mercredi 18	10h/12h	Dolto	6/8 ans	Créa	0€	
	Mardi 17	9h30/12h	Dolto	6/8 ans	Piscine	0€	
	Mardi 17 et jeudi 19	14h30/16h	Dolto	8/10 ans	Stage créa-bois	0€	
	Jeudi 19	13h30/16h30	Dolto	8/10 ans	Bowling	0.60€	
	Vendredi 20	9h30/12h	Dolto	9/11 ans	Piscine	0€	
	Lundi 23, mercredi 25 et vendredi 27	14h30/16h	Espace Po	10/12 ans	Pyrogravure	0€	
	Lundi 23 au Jeudi 26	14h/16h	Dolto	7/11 ans	Stage créa-style	0€	
	Mardi 24	9h30/12h	Dolto	9/11 ans	Piscine	0€	
	Jeudi 26	9h30/12h	Dolto	8/10 ans	Patinoire	0.60€	
	Vendredi 27	9h30/12h	Dolto	6/8 ans	Piscine	0€	

(1) Veuillez cocher les cases correspondant aux activités choisies.

(2) Pour des raisons d'organisation, veuillez prévenir le Centre social si votre enfant ne vient pas à la sortie.
Certaines activités peuvent être annulées ou reportées en fonction de la météo.

Observations particulières (concernant l'enfant) :

.....

En cas d'absence de votre enfant aucun remboursement ne sera effectué.

Mon enfant rentrera seul. Je viendrai chercher mon enfant.

J'autorise le responsable de la sortie à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, le cas échéant, constatés par un médecin.

Je certifie exacts et sincères les renseignements portés ci-dessus.

Fait à Savigny le Temple, le _____

Signature du responsable légal



Nom (de l'enfant) :

Prénom (de l'enfant) :

Centre social Françoise-Dolto
AUTORISATION PARENTALE
11/15 ans

Je soussigné(e) Madame, Monsieur (responsable légal).....

Demeurant

Tel. : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Autorise mon fils / ma fille

âgé(e) de ___ ans

Numéro de Sécurité Sociale couvrant le jeune : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___

à participer **aux sorties** ou **au(x) stage(s)** suivant(s) :

(1)	Dates	Horaires	Rendez-vous	Age	Activité	Tarifs	Prés / Abs
	Lundi 16, mercredi 18 et vend 20/02	14h30/16h	Espace Po	10/12 ans	Pyrogravure	0€	
	Mardi 17	10h/17h	Espace Po	11/14 ans	Esper'ados	Pique-nique	
	Jeudi 19	9h30/12h	Dolto	11/15 ans	Patinoire	2.70€	
	Vendredi 20	9h30/12h	Dolto	9/11 ans	Piscine	0€	
	Lundi 23, mercredi 25 et vendredi 27/02	14h30/16h	Espace Po	10/12 ans	Pyrogravure	0€	
	Lundi 23 au Jeudi 26	14h/16h	Dolto	7/11 ans	Stage créa-style	0€	
	Mardi 24	9h30/12h	Dolto	9/11 ans	Piscine	0€	
	Mardi 24 et Jeudi 26	10h/16h30 15h30/16h30	Dolto	11/15 ans	Magie/ballons	0€	
	Mardi 24	13h30/16h30	Dolto	11/15 ans	Bowling	1.80€	
	Mardi 24	17h30/22h	Espace Po	11/15 ans	Soirée entre copains	Boisson	
	Jeudi 26	17h30/22h	Espace Po	11/15 ans	Soirée entre copines	Boisson	
	Vendredi 27	18h15/21h15	Dolto	11/15 ans	Cinéma « Bis »	1.70€	

(1) Veuillez cocher les cases correspondant aux activités choisies.

(2) Pour des raisons d'organisation, veuillez prévenir le Centre social si votre enfant ne vient pas à la sortie. Certaines activités peuvent être annulées ou reportées en fonction de la météo.

Observations particulières (concernant l'enfant) :.....
.....

En cas d'absence de votre enfant aucun remboursement ne sera effectué.

- Mon enfant rentrera seul. Je viendrai chercher mon enfant.

J'autorise le responsable de la sortie à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, le cas échéant, constatés par un médecin.

Je certifie exacts et sincères les renseignements portés ci-dessus.

Fait à Savigny le Temple, le _____

Signature du responsable légal