



# ATELIER THÉÂTRE – ENFANT/ADO

## FICHE D'INSCRIPTION

SEPT 2023 – JUIN 2024

Enfant			
Nom :	Prénom :		
Né(e) le :	Sexe :		Classe :
Portable (facultatif) :			

Mère
Nom :
Prénom :
Adresse :
Téléphone :
Portable :
Bureau :
E mail :

Père
Nom :
Prénom :
Adresse :
Téléphone :
Portable :
Bureau :
E mail :

Je soussigné(e) M .....  
 Père  Mère  Tiers personne ayant la responsabilité de l'enfant

❶ Autorise le Responsable De l'atelier théâtre à faire procéder à toute intervention médicale ou chirurgicale en cas de nécessité absolue.

❷ Souhaite, s'il est possible la consultation du DOCTEUR .....  
 Tél. : ..... Ville .....

❸ Souhaite, s'il est possible que l'HOSPITALISATION ait lieu à .....  
 .....

❹ Autorise mon enfant à être transporté par un TIERS

❺ Votre enfant peut-il rentrer seul après l'atelier théâtre ?  oui  non

❻ Acceptez-vous que l'image de votre enfant soit diffusée publiquement ?  oui  non

Photo
Vidéo

Notre site internet
Nos supports de communication

Réseaux sociaux
Autres sites partenaires

*Vous pouvez inscrire ci-dessous toutes informations qui vous semblent importantes à communiquer.*

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Pièces à fournir :  
 Attestation d'assurance  
 extrascolaire en responsabilité civile  
 en cours de validité, et, valable pendant toute la période que couvre l'inscription.

→ Tournez S.V.P.



## Autres personnes (que les parents) autorisées à récupérer l'enfant et disponible en cas d'urgence

1	
Nom :	Prénom :
Adresse :	
Téléphone :	Portable :
Lien avec les enfants :	

2	
Nom :	Prénom :
Adresse :	
Téléphone :	Portable :
Lien avec les enfants :	

3	
Nom :	Prénom :
Adresse :	
Téléphone :	Portable :
Lien avec les enfants :	

### Conditions d'utilisation de vos données personnelles

- En vous inscrivant, vous acceptez que le CAS-JCL mémorise et utilise vos données personnelles collectées dans ce formulaire.  
En l'occurrence, vous autorisez le CAS-JCL à communiquer avec vous afin de vous informer des dernières actualités de notre association et de ses actions, via les coordonnées collectées dans ce formulaire.  
Afin de protéger la confidentialité de vos données personnelles, le CAS-JCL s'engage à ne pas divulguer, ne pas transmettre, ni partager vos données personnelles avec d'autres entités, quelles qu'elles soient, conformément au Règlement Général des Données de 2018 sur la protection des données personnelles.  
Pour connaître et exercer vos droits, notamment de retrait de consentement à l'utilisation de vos données collectées par ce formulaire, veuillez nous contacter par mail ou courrier postal.

A .....,  
Le .....

*"Lu et approuvé"*

*Signature*





**IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

---

---

---

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? OUI  NON

SI OUI LEQUEL ? \_\_\_\_\_

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIER PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE - T - IL SON LIT ? OUI  OCCASIONNELLEMENT  NON   
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST - ELLE REGLEE ? OUI  NON

**V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOMS : \_\_\_\_\_

ADRESSE ( pendant la période du séjour ) :

---

---

N° de SS : \_\_\_\_\_ TEL : (domicile) \_\_\_\_\_ (bureau) \_\_\_\_\_

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : \_\_\_\_\_

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :

SIGNATURE :

**PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR**

LIEU DU SEJOUR :

---

---

---

---

Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVEE LE \_\_\_\_\_  
DEPART LE \_\_\_\_\_

**OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR**

PAR LE MEDECIN  ( qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR  ( qui indiquera ses nom et adresse)

---

---

---

---

---

---

