



# 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)

---

---

---

---

---

---

