



Formulaire d'inscription (Fiche sanitaire) Pour les 12-17 ans



À retourner complété, par courrier postal, au Pôle Enfance/Jeunesse 34 chemin du Quinquis, 29170 Fouesnant

Nom Prénom Date de naissance / /
Adresse Ville Code postal
N° Portable Courriel @

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ADOLESCENT

Nom Prénom
Adresse Ville Code postal
N° de téléphone fixe N° de téléphone professionnel
Courriel @
N° de Portable

AUTORISATION DE SOINS URGENTS Oui Non

J'autorise le Directeur de la structure à faire procéder à toute intervention médicale et chirurgicale urgente que nécessiterait éventuellement l'état de santé de mon enfant.

Le Signatures des représentants légaux

AUTORISATION DE PUBLICATION DE PHOTOGRAPHIES

J'autorise la publication sur l'ensemble des supports de communication de la ville de Fouesnant-les Glénan, existants ou à créer et dans le cadre des opérations de communication de la ville de Fouesnant-les Glénan, de la/des photographie(s) réalisée(s) représentant mon enfant mineur :

Nom Prénom

Fait le à Signatures des représentants légaux

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je déclare les renseignements ci-dessus conformes à la réalité et m'engage à prévenir de tout changement de situation familiale.

Le Signatures des représentants légaux