





**A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT POUR LES MINEURS**

**AUTORISATION DE SORTIE APRES LES COURS**

Autorisez-vous votre enfant à quitter **seul** l'établissement après les cours ?  Oui  Non

Si non, personne autorisée à récupérer mon enfant :

Nom et Prénom: ..... Tél. portable : .....

**REPRESENTANT LEGAL 1** (*écrire lisiblement et en caractères majuscules*)

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Date de naissance : .....

Agissant en qualité de (**cocher la mention utile**) :  Père  Mère  Tuteur ou tutrice

Profession: ..... Tél. travail : .....

Adresse (**si différente de celle de l'inscrit**) : .....

Code postal : ..... Ville .....

Tél. Fixe : ..... Tél. portable : .....

Mail (**EN MAJUSCULE**) : .....

**REPRESENTANT LEGAL 2** (*écrire lisiblement et en caractères majuscules*)

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Date de naissance : .....

Agissant en qualité de (**cocher la mention utile**) :  Père  Mère  Tuteur ou tutrice

Profession: ..... Tél. travail : .....

Adresse (**si différente de celle du représentant légal 1**) : .....

Code postal : ..... Ville .....

Tél. Fixe : ..... Tél. portable : .....

Mail (**EN MAJUSCULE**) : .....

**INFORMATIONS CONCERNANT LE MINEUR** (*écrire lisiblement et en caractères majuscules*)

Etablissement fréquenté : ..... En classe de : .....

N° de sécurité sociale : ..... Nom de la Mutuelle : .....

**ASSURANCE EXTRASCOLAIRE 2018 /2019**

Nom de la Compagnie : ..... N° Contrat : .....

**AUTORISATION PARENTALE 2018/2019 :**

En cas d'accidents graves, ou d'indisposition alarmante, j'autorise CONVERGENCE à faire transporter mon enfant si nécessaire dans un établissement hospitalier où à défaut dans un centre médical.

Personne à contacter en cas d'urgence : ..... Tél. portable : .....

**SANTE (Traitement particuliers – Allergies - Problèmes médicaux)**

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