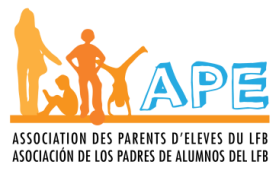
****

**PHOTO IDENTITÉ OBLIGATOIRE**

**FEUILLE D'INSCRIPTION**

**COLONIES El Collell du 7 au 13 juillet 2019**

**ORGANISÉES PAR La casa de Colònies El Collell**

**APE Lycée français de Barcelone**

**Nom / Prénom : ………………………………………………**

**Classe / Âge : ..................................................  
  
Taille T-Shirt : S / L / M / XL**

**....................................................................................................................**

**Né(e) à......................................................, le…………………………………………………….**

**Adresse ...............................................................................................................**

**............................................................................................................................**

**IMPORTANT : Photocopies de la carte sanitaire et carnet de vaccins et DNI pour les + de 14 ans.**

**AUTORISATION DU PÈRE, MÈRE OU TUTEUR**

**Noms/Prénom.............................................................................................................**

**Téléphones de contacte (portable et fixe) ...............................................................................................................................**

**Mail........................................................................................................................**

**DNI numéro.................................................................comme père, mère ou Tuteur, responsable de l'enfant sollicitant**

**J'AUTORISE (nom de l'enfant) ...........................................................................** à assister aux activités organisées par le centre de colonies El Collell durant le séjour prévu du 7 au 13 juillet 2019.

**J'AUTORISE** également à ce que l'enfant soit transporté, en cas de besoin **NON URGENT ET NON SPÉCIALISÉ** en véhicule privé par les responsables du centre de colonies El Collell (Resangi S.L.) à un centre hospitalier (**AVEC ACCORD PRÉALABLE du père, mère ou tuteur)**

**Signature** : Père, Mère ou Tuteur

**OBSERVATIONS**

**ALLERGIES** : ..............................................................................................  
.....................................................................................................................

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

**Toutes les allergies ou intolérances mentionnées devront être accompagnées d'un certificat médical.**

**ENURÉSIE** : OUI / NON

**TOUTE AUTRE INFORMATION QUE VOUS JUGEREZ OPPORTUNE :**

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

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

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

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

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