

CHASSE AU TRESOR

MARIO

**JE T'INVITE A MON ANNIVERSAIRE
LE SAMEDI / /**

DE LA PART DE

**Merci de répondre avant le
Au Numéro téléphone des parents: / /**

**RDV à 14h00, récupération des enfants à 17H00
au Stade Universitaire 15 bis rue Poncillon
63000 CLERMONT-FERRAND**

cuc-loisirs.fr

**LOISIRS & VACANCES
Anniversaire**

CHASSE AU TRESOR

MARIO

**JE T'INVITE A MON ANNIVERSAIRE
LE SAMEDI / /**

DE LA PART DE

**Merci de répondre avant le
Au Numéro téléphone des parents: / /**

**RDV à 14h00, récupération des enfants à 17H00
au Stade Universitaire 15 bis rue Poncillon
63000 CLERMONT-FERRAND**

cuc-loisirs.fr

**LOISIRS & VACANCES
Anniversaire**



OUVERT À TOUS DE 3 À 17 ANS

MULTI-ACTIVITÉ / DÉCOUVERTES SPORTIVES / MULTISPORTS

VACANCES SCOLAIRES COLONIES
SKI CIRQUE ANNIVERSAIRES

Fiche invité **CUC Anniversaires**

ENFANT

(Champs ci-dessous à renseigner **en MAJUSCULE**)

Nom :

Prénom :

Né(e) le: / / :

Sexe: M F

Autres recommandations utiles concernant les repas:

ALLERGIES :

RECOMMANDATIONS DES PARENTS OU TRAITEMENTS SUIVIS PAR L'ENFANT

À REMPLIR OBLIGATOIREMENT En cas d'urgence, lieu d'hospitalisation (clinique, hôpital) nom et adresse

Responsable 1 (obligatoire)

Responsable 2 (facultatif)

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Téléphone domicile / travail :

Téléphone domicile / travail :

Portable :

Portable :

Email :

Email :

Situation familiale :

Situation familiale :

Je, soussigné(e) 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.

À

le

Signature



OUVERT À TOUS DE 3 À 17 ANS

MULTI-ACTIVITÉ / DÉCOUVERTES SPORTIVES / MULTISPORTS

VACANCES SCOLAIRES COLONIES
SKI CIRQUE ANNIVERSAIRES

Fiche invité **CUC Anniversaires**

ENFANT

(Champs ci-dessous à renseigner **en MAJUSCULE**)

Nom :

Prénom :

Né(e) le: / / :

Sexe: M F

Autres recommandations utiles concernant les repas:

ALLERGIES :

RECOMMANDATIONS DES PARENTS OU TRAITEMENTS SUIVIS PAR L'ENFANT

À REMPLIR OBLIGATOIREMENT En cas d'urgence, lieu d'hospitalisation (clinique, hôpital) nom et adresse

Responsable 1 (obligatoire)

Responsable 2 (facultatif)

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Téléphone domicile / travail :

Téléphone domicile / travail :

Portable :

Portable :

Email :

Email :

Situation familiale :

Situation familiale :

Je, soussigné(e) 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.

À

le

Signature