

**INFORMATIONS CONCERNANT L'ÉLÈVE**

Nom de l'élève : ..... Prénom (s) : .....  
 Sexe : F ou M Âge : ..... ans N° Tél. : .....  
 Né(e) le : ..... à .....  
 Adresse : ..... Ile : .....  
 DN : .....

**PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE : (OBLIGATOIRE)**

Nom Prénom (Père)	Nom Prénom (Mère)	Nom Prénom (Correspondant)	Nom Prénom (Tuteur légal)
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
Tél. Dom. : .....	Tél. Dom. : .....	Tél. Dom. : .....	Tél. Dom. : .....
Tél. Port. : .....	Tél. Port. : .....	Tél. Port. : .....	Tél. Port. : .....

Médecin traitant : Dr ..... Lieu : ..... Tél. : .....

**LES AUTORISATIONS**

J'autorise mon enfant à participer au WEI et au PLEI organisé par les CEMÉA et en accepte le règlement. \* **OUI** ou **NON**

J'autorise les CEMÉA à utiliser les photos sur lesquelles apparait mon enfant pour la valorisation de ses activités (presse, plaquette BAFA, Facebook, ou site des CEMÉA etc....). \* **OUI** ou **NON**

J'autorise le Directeur des WEI et des PLEI à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitements médicaux, hospitalisation, intervention médicale, EVASAN, consultation médicale chez un médecin privé ou public) rendue nécessaire par l'état de santé de mon enfant. \* **OUI** ou **NON**

**Informations concernant l'équipe de Direction du WEI**

Au Collège de Rangiroa : Tél. 87 30 65 92 [weicemearangiroa@gmail.com](mailto:weicemearangiroa@gmail.com)

\* **A entourer**

Au Cetad de Tiputa : Tél. 87 76 53 58 [weitiputa@gmail.com](mailto:weitiputa@gmail.com)

Date : ..... à : .....

**Signature du représentant légal**