

**FICHE INDIVIDUELLE
DE RENSEIGNEMENTS**

- 2020 -

ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

GARÇON FILLE

ADHÉSION : ADO : **6€** ou

FAMILLE : **12€**

COORDONNÉES :

ADRESSE :

TEL / PORTABLE :

EMAIL :

ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE ET CLASSE :

RESPONSABLE DE L'ENFANT : PÈRE MÈRE TUTEUR

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE* :

INFORMATIONS SUR LE PÈRE OU TUTEUR LÉGAL

NOM :

PRÉNOM :

TEL DOMICILE :

TEL PORTABLE :

PROFESSION :

TEL TRAVAIL :

EMPLOYEUR :

INFORMATIONS SUR LA MÈRE

NOM :

PRÉNOM :

TEL DOMICILE :

TEL PORTABLE :

PROFESSION :

TEL TRAVAIL :

EMPLOYEUR :

SITUATION FAMILIALE : Mariés Concubins Séparés Divorcés Veuf/Veuve Célibataire

N° Allocataire CAF :

Bons CAF ? OUI NON

N° MSA :

Bons MSA ? OUI NON

QUOTIENT FAMILIAL :

Autres bons centre de loisirs :

ASSURANCE* DE L'ENFANT

ORGANISME ET N° DE CONTRAT :

L'enfant est couvert par une assurance

SCOLAIRE

EXTRA-SCOLAIRE

*** MERCI DE JOINDRE LA PHOTOCOPIE DE LA CARTE VITALE (OU ATTESTATION)
ET L'ATTESTATION D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE**

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

VACCINATIONS : JOINDRE LA PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATION

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui joindre ordonnance récente et les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

NOM ET TEL DU MÉDECIN TRAITANT :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE		VARICELLE		COQUELUCHE		ROUGEOLE		SCARLATINE		OREILLONS		AUTRE :
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

L'ENFANT SAIT-IL NAGER ? OUI (joindre la copie du brevet de natation) NON

ALLERGIES : ASTHME ALIMENTS MÉDICAMENTS AUTRE :

Conduite à tenir en cas d'allergie :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), _____, représentant légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

En cas d'urgence, prévenir (nom et tel) :

J'autorise mon enfant à participer aux activités proposées par le centre et m'engage à prévenir les organisateurs au cas où il/elle présenterait une contre-indication à une activité spécifique (sportive ou non sportive).

L'enfant est autorisé à rentrer : seul(e) avec l'un des parents avec l'animateur en minibus
 avec une autre personne :

DATE ET SIGNATURE :