

ESPACE JEUNESSE ENTRAIGUOIS

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : ____/____/____ lieu de naissance : Sexe : MASCULIN / FEMININ

Adresse :

Code postal : Ville :

N° tel portable :/...../...../...../..... Email :@.....

Noms et prénoms des frères et sœurs :

..... Dates de naissances : ____/____/____

..... Dates de naissances : ____/____/____

..... Dates de naissances : ____/____/____

Nom du père ou du représentant légal : **Prénom** :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tel domicile :/...../...../...../..... Tel portable :/...../...../...../..... Tel travail :/...../...../...../.....

E-mail :@.....

*N° allocataire CAF: ou copie du dernier avis d'imposition sur le revenu

N°sécurité sociale: allocataire MSA : OUI NON

Nom de la Mère ou du représentant légal **Prénom** :

.....

Nom de jeune fille :

Adresse (si différente):

Code postal : Ville :

Tel domicile :/...../...../...../..... Tel portable :/...../...../...../..... Tel travail :/...../...../...../.....

E-mail :@.....

*N° allocataire CAF: ou dernier avis d'imposition sur le revenu

N°sécurité sociale: allocataire MSA : OUI NON

* renseignements obligatoires

Situation familiale : célibataire, marié, pacsé, divorcé, concubin, veuf/veuve

Documents à fournir : Certificat médical de – 6 mois ou copie de licence sportive Copie du carnet de santé (Vaccins)
 Règlement intérieur signé
 Attestation Responsabilité civile Paiement

FICHE SANITAIRE

VACCINATIONS joindre copie du carnet de santé *

*SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT DE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES

P.A.I. OUI NON (si oui, joindre la copie du protocole d'accueil individualisé)

SI OUI, PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR EN CAS D'URGENCE (joindre, si prise de médicaments, la prescription médicale avec les médicaments nécessaires fournis)

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

- DIFFICULTES DE SANTE – PRECAUTION A PRENDRE

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

- MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT

NOM : Ville : Tel : / / / /

Observations particulières :

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

Autorisation parentale pour la publication de photographies

Dans le cadre de la communication des Services Enfance/Jeunesse/Sports, des photos et vidéos sont diffusées sur des supports de communication.

A ce titre, autorisez vous les Services Enfance/Jeunesse/Sports a utiliser des images/photos sur lesquelles figurerait votre enfant.

OUI NON *cocher votre choix*

DECHARGE PARENTALE

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant
....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Avoir pris connaissance des conditions générales de fonctionnement (voir règlement), déclare y souscrire et autorise mon enfant à participer à toutes les activités prévues.

En outre, j'autorise la personne responsable du service à prendre le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant, à le faire soigner et à faire pratiquer toute intervention d'urgence, selon les prescriptions du corps médical consulté.

Signature du responsable légal suivie de la mention « LU et APPROUVE »

Le 20.....