

Fiche de renseignements

Enfant

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Famille

NOM / Prénom

Père :

Mère :

Adresse

Père :

Mère :

Adresse mail

Père :

Mère :

Téléphone domicile

Père :

Mère :

Téléphone employeurs

Père :

Mère :

Nom et adresse de facturation si différente :

N° d'allocataire CAF ou MSA :

Si vous êtes sous le régime de la MSA, votre quotient familial sera calculé à l'aide de votre avis d'imposition et d'un relevé des prestations familiales.

Assurance : pour permettre aux enfants de pratiquer toutes les activités sportives, il est obligatoire que la famille dispose d'une responsabilité civile. L'assurance scolaire ou extra-scolaire, pour avoir une garantie en cas d'invalidité, est conseillée.

Nom et adresse de la compagnie d'assurance :

Numéro du contrat :

Autorisation parentale

Je soussigné(e), responsable de l'enfant

Autorise la prise de photos de mon enfant et la diffusion de celles-ci dans le cadre du séjour (OUI – NON) ;

Autorise le service enfance jeunesse à véhiculer vos enfants lors de sorties (OUI-NON) ;

Autorise le directeur du centre à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions chirurgicales en cas de nécessité (OUI – NON)

Je m'engage à rembourser à l'organisateur les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques qui me seront adressés par les instances médicales à réception des factures ainsi que les frais annexes dont l'avance aurait été faite à mon enfant

Renseignements médicaux

À renseigner ou fournir une copie du carnet de santé

Vaccin	Dernier rappel
DT-Polio (obligatoire) <i>Si l'enfant ne l'a pas, joindre un certificat médical de contre-indication.</i>	
Hépatite B	
Rougeole-oreillons-rubéole	
Coqueluche	
Autres (préciser)	

Allergie	Oui	Non
Asthme		
Alimentaire		
Médicamenteuse		
Autre		

Pour tout problème de santé ou d'allergie, un protocole d'accueil individualisé (PAI) doit être mis en place et communiqué au service Enfance-Jeunesse-Éducation.

Médecin traitant

Nom :

Téléphone :

Recommandation utile des parents (port de lunettes, lentilles, prothèses auditives ou autres) :

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence

Nom :

Téléphone :

Fait à, le.....

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)