



ENFANT

Nom _____ Prénom _____
Date de naissance

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 Fille Garçon
Ecole _____ Classe _____ Enseignant _____

En cas d'urgence, personnes à prévenir et autorisées à reprendre l'enfant

| NOM-PRÉNOM | TÉLÉPHONE | LIEN DE PARENTÉ |
|------------|-----------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Nom et tél. du médecin traitant _____

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Vaccination : DTP ou Tétracoq (dernier rappel) _____

Allergies : Asthme Alimentaires Médicamenteuses Autres (animaux, plantes, pollen)

Si allergie, précisez-en la cause _____

Indiquer les problèmes de santé (maladie, handicap, projet d'accueil individualisé) et recommandations utiles (lunettes, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil)

En cas de traitement médical, nous fournir impérativement l'ordonnance correspondante et pour tous régimes particuliers (allergies) nous fournir un certificat médical.

RESPONSABLE DE L'ENFANT

PÈRE OU _____ **MÈRE OU** _____

Situation familiale _____

N° Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant)

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

NOM _____
Prénom _____
Adresse _____

NOM _____
Prénom _____
Adresse _____

Tél. domicile

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Tél. domicile

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Tél. portable

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Tél. portable

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

e.mail _____

e.mail _____

Profession _____

Profession _____

Employeur _____

Employeur _____

Tél. travail

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Tél. travail

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

N° allocataire CAF _____ CAF de _____ Quotient _____
N° allocataire MSA _____ MSA de _____ Quotient _____

- J'atteste avoir pris connaissance et accepte les dispositions du projet éducatif.
- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités du centre et aux séances de baignade organisées par le gestionnaire.
- J'autorise le gestionnaire à présenter mon enfant à un médecin pour soins à donner d'urgence, le cas échéant à faire pratiquer une intervention chirurgicale et à le transporter en cas d'urgence au centre hospitalier de Cholet.
- J'autorise la diffusion dans les publications, expos photos, diaporama, catalogue et site internet de la collectivité, de photographies ou d'images filmées de mon enfant prises lors des activités.
Vous pouvez expressément demander par courrier que votre enfant ne figure pas dans ces publications.
- Lorsqu'il est inscrit à une activité sur Cholet, j'autorise mon enfant à sortir du centre.
- Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Je soussigné(e) _____ reconnais disposer d'une assurance responsabilité civile pour mon enfant.

Nom de l'assureur _____ N° de police _____

Fait à _____
le _____

Signature du responsable légal

| |
|--|
| |
|--|