





**FICHE ENFANT**

<b>ENFANT</b>	<b>Parent1</b> Responsable légal/Tuteur	<b>Parent 2</b>
Nom- Prénom	Nom- Prénom	Nom-Prénom
Date et Lieu de naissance	Date et lieu de naissance	Date et lieu de naissance
Classe et établissement	Adresse	
	 domicile	 domicile
	 portable	 portable
Nombre d'enfants dans le foyer âgé de moins de 21 ans : .....	Mail	Mail
Situation familiale :	Nom de l'assurance et n° sociétaire :	
Quotient familial :		

**Autorisations parentales**

- 1- J'autorise le personnel encadrant à prendre toutes les mesures en cas de problème      Oui       Non
- 2- J'autorise mon enfant à participer à toutes les sorties organisées .....      Oui       Non
- 3- J'autorise mon enfant à quitter seul la structure à la fin de l'activité .....      Oui       Non
- 4- J'autorise une autre personne à récupérer mon enfant .....      Oui       Non

(remplir le tableau ci-dessous)

om-Prénom	Lien de parenté	Numéro fixe	Numéro de portable

- 5- J'autorise mon enfant à apparaître sur les revues municipales .....      Oui       Non
- Si non (photo d'identité à fournir)

**L'inscription ne sera définitive qu'après réception du dossier complet avec le règlement.**

- Je certifie l'exactitude des informations fournies dans ce formulaire et je m'engage à transmettre toutes modifications intervenant au cours de l'année ou de la période d'inscription à la direction municipale des sports.
- Je m'engage à signaler tout problème de santé de mon enfant dont j'ai connaissance
- Je m'engage à fournir tous les documents nécessaires
- Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et j'en accepte les conditions

**DOCUMENTS A JOINDRE IMPÉRATIVEMENT**

- \* L'original du carnet de santé ou un certificat médical de vaccinations obligatoires à jour
- \* Attestation d'assurance en Responsabilité Civile (RC) ou scolaire en cours
- \* Attestation de paiement de quotient familial (à défaut avis d'imposition année N-1)
- \* Livret de famille et en cas de séparation, la décision de justice ou des attestations des parents séparés sans jugement spécifiant l'organisation de la garde et la répartition des frais.
- \* Un justificatif de domicile (de moins de 3 mois) : quittance de loyer, facture de GDF, EDF, téléphone fixe ou abonnement internet.

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétra coq				Autres (préciser)	
				Méningite	

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 CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? Oui  Non

**Aucun médicament ne pourra être administré**  
**Sauf en cas de protocole médical particulier**

### L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>RUBÉOLE</b>	<b>VARICELLE</b>	<b>ANGINE</b>	<b>RHUMATISME</b>	<b>SCARLATINE</b>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b>	<b>OTITE</b>	<b>ROUGEOLE</b>	<b>OREILLONS</b>	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

### ALLERGIES

ASTHME Oui  Non  MÉDICAMENTEUSES Oui  Non   
ALIMENTAIRES Oui  Non  AUTRES \_\_\_\_\_

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) : PRÉCISEZ**

**INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ : MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION, TDAH (MÉDICAMENTE OU NON) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE : PRÉCISEZ :** .....

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ... PRÉCISEZ .....

**NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT :** .....

N° de sécurité sociale de l'enfant : .....

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

**Date :**

**Signature**