

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

CENTRE MULTISPORTS DE GODERVILLE 2021

ENFANT

Nom:		Prénom:	
Date de naissance:		N° Sécurité sociale:	
Age:	ans	Sexe:	☐ F ☐ M Classe:
Régime alimentaire:			
Nageur (sans brassard, sans bouchons): ☐ oui ☐ non			
<u>Assurance responsabilité civile extrascolaire (ou joindre une attestation):</u>			
Nom:			
Adresse:			
Code postal et ville:			
N° de contrat:			
Nom et N° de téléphone du médecin traitant:			
L'enfant a-t-il eu des maladies infantiles: ☐ oui ☐ non Si oui lesquelles:			
Allergies: ☐ Asthme ☐ Médicamenteuses, lesquelles: ☐ Alimentaires, lesquelles: ☐ Autres, lesquelles:			
L'enfant suit-il un traitement médical ☐ oui ☐ non (Si oui joindre une ordonnance de moins d'un an, avec le médicament dans son emballage d'origine avec notice et le nom et prénom de l'enfant inscrit dessus, à remettre au responsable du centre, aucun médicaments ne pourra être pris sans ordonnance)			
Difficultés de santé (maladie, opération, accident,...) et recommandations utiles des parents (précautions à prendre, port de lunettes, prothèses..)			

RESPONSABLE LEGAL

☐ Père	☐ Mère	☐ Assistant familial	☐ Centre d'accueil	☐ Autre :
Nom:				
Prénom:				
Adresse:				
Code postal et ville:				
Téléphone fixe:		Téléphone professionnel:		
Téléphone portable:				
Adresse mail:				
Situation familiale: ☐ Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Pacsé(e) ☐ Vie maritale ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)				

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ABSENCE DU RESPONSABLE LEGAL

Nom:	Prénom:
Téléphone:	Statut (grand-père, tante,...):

Rappel des pièces à fournir:
 - Photocopie des vaccins à jour (DTP)- Fiche d'inscription - Fiche de renseignements- Attestation d'assurance responsabilité civile EXTRASCO-LAIRE - Le règlement financier par chèque (à l'ordre du trésor public) ou numéraire - Attestation de quotient familial de moins de 2 mois.

Je soussigné, responsable 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

Fait à le Signature du responsable légal: