

N° adhérent :

Quotient Familial :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année : 20__ / 20__

photo

ENFANT

Nom : Prénom :

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

Adresse :

Code postal : Ville :

N° tel portable :/...../...../..... E-mail :@.....

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 :@.....

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES : N° allocataire CAF : ou **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 :@.....

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES : N° allocataire CAF : ou **DERNIER AVIS D'IMPOSITION SUR LE REVENU**

N° sécurité sociale : allocataire MSA* : ☐ OUI ☐ NON

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

Documents à fournir :

- ☐ Certificat médical de - 6 mois ou copie de licence sportive
- ☐ Règlement intérieur signé
- ☐ 8€/ adhésion/ an
- ☐ Brevet de natation de 25m

- ☐ Copie du carnet de santé (Vaccins)
- ☐ Attestation Responsabilité civile
- ☐ 2 photos d'identités

* cocher

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 »

A Le 20