

FICHE DE RENSEIGNEMENT

ALSH « LES SPORTIFS EN VADROUILLE »

ENFANT

Nom :	Prénom :
Ecole :	Classe :
Né(e) le :/...../.....	A :

Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐

Responsables légaux :

Situation Familiare* :

Marié - Divorcé - Célibataire - Vie maritale - Autres :

Père ou responsable légal

Nom :		Prénom :	
Tél. Dom :		Tél. Port :	
Adresse :			
Profession :		Employeur :	
Tél. Travail :		Poste :	
Régime* : CAF MSA Autre :		N° Allocataire :	

Mère ou responsable légal

Nom :		Prénom :	
Tél. Dom :		Tél. Port :	
Adresse :			
Profession :		Employeur :	
Tél. Travail :		Poste :	
Régime* : CAF		MSA	Autre :
		N° Allocataire :	

Mail :

Nom/Prénom

Age

Etablissement fréquenté

PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant,
en plus des responsables légaux

Nom Prénom	Téléphone

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

AUTORISATION DROIT A L'IMAGE (à but non lucratif)

J'autorise l'association multisports de Sérignan-du-Comtat à photographier et à filmer mon enfant lors des activités du Service Enfance Jeunesse, et à publier ou diffuser ces images dans une édition municipale (Affiche, dépliant, site internet) ou lors d'un événement municipal.

Oui ☐

Non ☐

AUTORISATION SORTIES

J'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par l'association multisports Sérignan-du-Comtat, en dehors des locaux d'accueil.

Oui ☐

Non

AUTORISATION TRANSPORT

J'autorise le transport en car ou minibus ou voiture de mon enfant, pour se rendre sur des lieux d'activités ou de sorties.

Oui ☐

Non ☐



FICHE SANITAIRE

Association multisports Sérignan-du-Comtat

VACCINATIONS

Fournir la photocopie du carnet de vaccination en vérifiant que le nom de l'enfant est clairement mentionné.

Nature du vaccin	Date de vaccination
DTP - T	
ROR	
Hépatite	
BCG	
Autres :	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

N° de sécurité sociale :

L'enfant suit-il un traitement médical permanent ?

Oui ☐ non ☐

Si oui fournir l'ordonnance

L'enfant souffre-t-il d'allergies ?

Asthme oui ☐ non ☐ Médicamenteuses oui ☐ non ☐

Alimentaires oui ☐ non ☐ Autres : Oui ☐ non ☐

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Votre enfant est-il atteint d'une maladie chronique nécessitant un Traitement en cas de crise ?

oui ☐ non ☐ Si oui, joindre le P.A.I. au dossier.

Votre enfant fait-il l'objet d'un P.A.I. à l'école ?

hospitalisation, oui ☐ non ☐

nécessaires par l'état de l'enfant.

Votre enfant est reconnu handicapé par la MDPH

Oui ☐ Non ☐

Votre enfant est reconnu en ALD

Oui ☐ Non ☐

Votre enfant a un(e) AESH

Oui ☐ Non ☐

Votre enfant est scolarisé en classe ULIS

Oui ☐ Non ☐

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE ☐	VARICELLE ☐	ANGINE ☐	SCARLATINE ☐	COQUELUCHE ☐
OTITE ☐	ROUGEOLE ☐	OREILLONS ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ ☐	

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....

Recommandations utiles des parents : votre enfant porte-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.,...
Précisez,

.....
.....

Autres précisions permettant d'accueillir au mieux votre enfant

.....
.....

Nom et tél. du médecin traitant :

.....

Je soussigné (e).....

Responsable légal(e) de l'enfant.....

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à remplir

une nouvelle fiche de renseignement, pour toute modification des Informations fournies,

- autorise les responsables des accueils de loisirs et des accueils périscolaires et Extrascolaires à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, Si oui, joindre le P.A.I. au dossier. Intervention chirurgicale) rendues

Fait à le

Signature (précédée de la mention "lu et approuvé")