

**Renseignements médicaux :** Y a t'il des renseignements concernant la santé de votre enfant que vous souhaitez porter à la connaissance du personnel d'animation ?  
oui  non  ; si oui lesquels ?

Vaccins obligatoires	oui	non	dates des derniers rappels
Tétanos			
<b>Ou</b> DT polio			
<b>Ou</b> Tétracoq			

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Joindre une photocopie du carnet de santé de l'enfant !**

En cas d'accident, l'enfant doit-il être conduit dans un établissement ou chez un médecin particulier ? Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

En cas d'accident grave, l'équipe d'animation a pour consigne de prévenir immédiatement les pompiers et d'avertir les parents ou les personnes indiquées (n° de téléphones en cas d'urgence) . En cas d'accident bénin, les parents ou les personnes indiquées sont consultées pour prendre les décisions utiles au bien-être de l'enfant.

### **Autorisation parentale :**

Je, soussigné(e) : \_\_\_\_\_

Responsable de l'enfant : \_\_\_\_\_

- certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche
- autorise la structure à utiliser photos et vidéos prises dans le cadre des activités
- autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées
- autorise le personnel d'animation du Centre de Loisirs à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer des interventions d'urgence, suivant les prescriptions du médecin dans le cas où je ne serais pas joignable ;
- m'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels ;

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature :



Nom du jeune: \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ville de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe : M  F

Courriel : \_\_\_\_\_

N° de téléphones en cas d'urgence (noms et numéros) :


Ces renseignements sont confidentiels, ils sont destinés au personnel d'animation pour garantir les meilleures conditions d'accueil de votre enfant.

**Identité des parents :**

NOM du père : \_\_\_\_\_

NOM de la mère : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

☎ (travail) : \_\_\_\_\_

☎ (travail) : \_\_\_\_\_

n° portable : \_\_\_\_\_

n° portable : \_\_\_\_\_

→ N° d'Allocataire à la CAF d'I&V : \_\_\_\_\_

Si vous n'êtes pas ressortissant du régime général, quel est votre régime : \_\_\_\_\_

→ N° de Sécurité Sociale (de la personne qui assure la couverture sociale de l'enfant) :

_ . _ _ . _ _ . _ _ . _ _ _ . _ _ _ . _ _ _
---

→ Assurance Responsabilité Civile de votre enfant, Compagnie : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ reconnaît avoir eu connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance responsabilité civile individuelle.

→ Merci de joindre vos bons caf ou msa, si vous en êtes bénéficiaires !

→ Catégorie de quotient familial (calculé par la Mairie de Breteil) IMPORTANT :

A     B     C     D     E

