Fiche Individuelle de Renseignements

Nom, prénom de l'enfant       Né(e) le :

Adhésion le :       Sexe :  Hommes  Femmes

École

Classe

L’enfant sait-il nager  OUI  NON Piscine autorisée  OUI  NON

Régime alimentaire

Date de dernière mise à jour de la fiche sanitaire

Recommandations des parents

Parents de l’enfant

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Mère | Père |
| NOM - Prénom |  |  |
| Adresse du domicile |  |  |
| Tél Portable - Domicile |  |  |
| Courriel |  |  |

Pièces à joindre en cas d’urgence (NOM + Tél) :

N° Allocataire CAF :       Régime social :

CAF d’appartenance :  CAF Moselle   Autre CAF

Revenu mensuel :       Nb enfants à charge :

Famille  Parentale  Monoparentale  Recomposée  Accueil

Nom et adresse des employeurs

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Mère | Père |
| NOM de l’employeur |  |  |
| Adresse de l’employeur |  |  |
| Tél travail |  |  |

Je certifie que mon enfant bénéficie d’une assurance scolaire et extrascolaire  OUI  NON

Nom de la compagnie       N° de téléphone       N° de contrat

J’autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités  OUI  NON

Si non, nom de la ou les personnes susceptibles de venir chercher mon enfant

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOM-Prénom | Lien de parenté | N° de téléphone | Adresse |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

En cas d’accident ou incident, j’autorise les responsables de la structure prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant  OUI  NON

Pendant les activités, j’autorise le personnel de l’association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d’archives  OUI  NON

J’autorise l’association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches, …)  OUI  NON

Médecin traitant : NOM

Téléphone :

Adresse :

Fait à       , le       Signature