


INFORMATIONS PARENTALES

Nom et prénom du tuteur légal :

☒ Adresse :

Code postal : Ville :

	<u>Parent 1</u>	<u>Parent 2</u>	<u>Autres personnes</u>
NOM PRENOM			
DOMICILE			
PORTABLE			
TRAVAIL			

Profession parent 1 :

Profession parent 2 :

E-mail :

Allocataire CAF N° Allocataire CAF :

Allocataire MSA

INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :/...../.....

École : Classe :

Problèmes spécifiques pouvant poser problèmes en collectivité :

.....

.....

+ INFORMATION MEDICALE CONCERNANT L'ENFANT +

Nom du médecin traitant :

Commune : N° de téléphone :

-Port de lunettes : OUI / NON

-tout le temps : OUI / NON

-Apte à la pratique d'activités sportives : OUI / NON

-Sait nager : OUI / NON

-A des allergies : OUI / NON

.....

.....

-Suit un traitement médical : OUI / NON

.....

-Suit un régime alimentaire : OUI / NON

.....

-A des antécédents médicaux (hospitalisations, malaises, fractures...)

.....

Je déclare que les vaccins obligatoires de mon enfant sont à jour..... OUI / NON

AUTORISATIONS DROIT A L'IMAGE

J'autorise le centre de loisirs à photographier mon enfant dans le cadre des activités et à utiliser ces photographies dans le cadre de:

Expositions lors de manifestations du SIVOM des ASBAMAVIS : OUI / NON

Plaquettes d'informations du SIVOM des ASBAMAVIS : OUI / NON

Site Internet des Asbamavis : OUI / NON

Journaux locaux : OUI / NON

AUTORISATIONS TRANSPORTS

J'autorise mon enfant à circuler dans un véhicule de transport collectif conduit par un animateur, un chauffeur, pour se rendre aux activités (occasionnellement un véhicule du personnel avec une assurance professionnelle peut être utilisé pour le transport des enfants)..... OUI / NON

Je soussigné(e) M., Mme.....
tuteur légal de l'enfant.....

Déclare avoir pris connaissance des modalités d'inscription, de réglementation et de participation aux activités du centre de loisirs des Asbamavis.

Sauf contre indication médicale, j'autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités proposées, y compris les sorties extérieurs nécessitant ou non un transport.

J'autorise l'encadrant des activités à pratiquer les premiers soins sur mon enfant en cas de besoin et à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.

*

En cas d'impossibilité ou de retard, j'autorise :

M., Mme,.....

N° de téléphone

Adresse :

à récupérer mon enfant à la fin des activités.

A.....

Le...../...../.....

Signature :

PHOTOCOPIES A FOURNIR:

-Attestation de responsabilité civile



.....
A..... V.....

CENTRE DE LOISIRS DES ASBAMAVIS

Fiche de renseignements individuelle

2019/2020



S.I.V.O.M
AsBaMaVis

SIVOM DES ASBAMAVIS

ASNIERES SUR NOUERE
BALZAC
MARSAC
VINDELLE