

DU

AU

L'ENFANT

NOM : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____ **Nombre de frères :** **sœurs :**

Groupe Scolaire : _____ **Sexe :** **F** **G**

N°allocataire CAF : _____ **Quotien familial :** _____

CERTIFICAT MEDICAL : *Fait le :* _____

PAIEMENT

Chèques : _____ € **Espèces** _____ €

Chèques Vacances : _____ € **CB** _____ €

LE PERE

NOM _____

Prénom _____

Profession _____

Nom de l'employeur _____

Travail : _____

Portable : _____

LA MERE

NOM _____

Prénom _____

Profession _____

Nom de l'employeur _____

Travail : _____

Portable : _____

ADRESSE DE LA FAMILLE : _____

COURRIEL : _____ **Domicile :** _____

N° Sécurité Sociale parent responsable : _____ **Caisse de :** _____

Assurance extra-scolaire ou Responsabilité Civile : _____ **N° :** _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

VACCINATIONS (remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé) : Indiquez la date du dernier rappel

D.T.Coq.Polio : _____ **B.C.G :** _____

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? _____

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE VARICELLE ANGINES RHUMATISMES SCARLATINE

COQUELUCHE OTITES ASTHME ROUGEOLE OREILLONS

Difficultés de santé particulières (maladies, accidents, allergies, crises convulsives, asthme, opérations...) :

(Précisez les dates) _____

Contraintes particulières liées à l'alimentation : _____

AUTORISATIONS

Je soussigné, (Nom et Prénom) : _____ **Parent** **Tuteur**

Responsable Légal de l'enfant (Nom et Prénom) : _____

- Autorise le responsable de l'Ecole Municipale des Sports à faire pratiquer toute intervention médicale que nécessiterait son état de santé.

- Autorise mon enfant à rentrer seul le soir, à partir de 17 heures : **Oui** **Non**

- Accepte le fonctionnement de l'Ecole Municipale des Sports tel qu'il est présenté dans le règlement.

Fait à VIENNE, le _____

Signature du Responsable Légal
(Précédée de la mention " Lu et Approuvé ") :



PHOTO