

NOM DE L'ENFANT :

PRÉNOM

Adresse : .....

N° Téléphone Mère : .....

N° Téléphone Père : .....

E-mail parents : .....

Date de naissance : .....

Nationalité : ..... Sexe : .....

Nom médecin traitant : ..... Tél. : .....

## ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

Assureur :

Num :

En cas de séparation, préciser l'adresse du parent ayant la garde de l'enfant (ou tutelle) :

## INFORMATIONS DIVERSES

## AUTORISATIONS

<b>Partir seul</b> : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
<b>Sport / activités</b> : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
<b>Hospitalisation</b> : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale... ) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON
<b>Bus / Sorties</b> : Nous autorisons notre enfant à prendre le bus / car pour les sorties extérieures	OUI / NON
<b>Prise de photo</b> : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Si oui, à une diffusion sur le journal et sur le site internet de la ville et du CCAS	OUI / NON

## APPAREILLAGE

<b>Lunettes</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
<b>Appareil dentaire</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
<b>Appareil auditif</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

## HANDICAP

Handicapé : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON
---	-----------

**PERSONNES MAJEURES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT  
(UNE PIECE D'IDENTITE SERA A PRESENTER AU RESPONSABLE)**

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON
Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

**Personnes interdites (acte de jugement obligatoire) à récupérer l'enfant ,**


**ATTESTATION**

Nous soussignés (\*), .....

Responsables légaux de l'enfant (\*).....

- Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- Certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- Autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- Attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Fait à :..... le .....

Signature Responsable 1

Signature responsable 2