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