FICHE DE RENSEIGNEMENTS STAGES MULTISPORTS

# **ANNÉE SCOLAIRE 2023/2024**

## l’enfant :

Nom Prénom

Date de naissance  F  M  Régime alimentaire particulier :

ELEMENTAIRE classe : COLLEGE classe :

## LES pARENTS OU RESPONSABLE LEGAL DU JEUNE :

|  |  |
| --- | --- |
| Parent 1 ouresponsable légal  Nom, prénom :  Adresse :  Email :  Tel portable :  Tel professionnel :  Employeur :  Profession : | Parent 2 ouresponsable légal    Nom, prénom :  Adresse :  Email :  Tel portable :  Tel professionnel :  Employeur :  Profession : |

***En cas de séparation ou de divorce, merci de fournir un jugement concernant la garde de votre enfant.***

## RENSEIGNEMENTS :

Numéro de sécurité sociale :

Mutuelle : oui non Nom : N° :

Assurance responsabilité civile : N° de contrat :

## Autorisations parentales (autres que les parents)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom / Prénom** | **Téléphone** | **Habilité à récupérer l'enfant** | **A contacter en cas d'urgence** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| * Je n’autorise personne à récupérer mon enfant |
| Autorise les encadrants des stages multisports à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (appel des secours) rendues nécessaires par l’état de l’enfant. | oui | non |
| Autorise le transport de mon enfant via : minibus ou véhicules communaux, autocar et transports en commun. | oui | non |
| Je donne mon accord à la diffusion des photographies et vidéos de mon enfant prises lors d’activités. | oui | non |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Autorise mon enfant à quitter la structure seul à 17h : | | |
| * oui | * **non** |  |

## Santé

### Renseignements médicaux

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vaccins obligatoires | Date du dernier rappel |  | Date du dernier rappel |
| Diphtérie/Tetanos/Poliomyélite/Haemophilius B/Coqueluche |  | **Rougeole/Oreillons/Rubéole** |  |
| Hépatite B |  | **Méningocoque C** |  |
| Pneumocoque |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L’enfant a-t-il :** | | | Lesquelles : |
| **Allergies** |  |  |  |
| **Alimentaires** | Oui | Non |  |
| **Médicamenteuses** | Oui | Non |  |
| **Asthme** | Oui | Non |  |
| **Traitement médical\*** | Oui | Non |  |
| **Autres** | Oui | Non |  |

### Médecin traitant

**Nom**

**Tél.**

**Adresse**

\*joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

**Pour les enfants ayant une allergie ou une particularité, un projet d’accompagnement individualisé (PAI) doit être mis en place.** Précisez les causes de l’allergie (alimentaires ou autres) et la conduite à tenir selon les particularités :

Je m’engage à vous signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur ce document.

Je déclare sur l’honneur l’exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

Je prends connaissance du règlement intérieur des stages multisports consultable et téléchargeable sur https://www.marollesenbrie.fr/

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date** | **Signature du parent 1 ou du représentant légal** | **Signature du parent 2 ou du représentant légal** |