

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Identité	
Nom :	Sexe : ☐ F ☐ M
Prénom :	
Date de Naissance :	
Lieu de Naissance :	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE DE L'ENFANT	
Assurance :	N° de police :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

PERSONNES A CONTACTER Autres que les responsables légaux			
Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : (Précisez)		Type : (Précisez)	
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

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (barrer la mention inutile)	
Autorisations	Réponse
Partir seul : 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
Prise de photo : 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
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : 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

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

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

INFORMATIONS MEDICALES		
Nom du Médecin	Téléphone	Spécialité

VACCIN	Rappel fait le
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite(DTCP)	
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite,Haemophilus (DTCPh)	
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite,Haemophilus, Hépatite B	
Diphtérie, Tétanos,Poliomyélite (DTP)	
Grippe	
Haemophilus influenzae b	
Hépatite A	

VACCIN	Rappel fait le
Hépatite B	
Méningocoque C	
Méningocoque B	
Pneumocoque	
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)	
Tuberculose (BCG)	
Varicelle	
Autre	

ALLERGIES

PRATIQUES ALIMENTAIRES	
☐ Viande	☐ Sans viande

Informations Familiales

Informations Médicales

ATTESTATION

Nous soussignés (*)
responsables légaux de l'enfant (*)
(*) Nom et Prénom

- 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.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Nom prénom (*)		Nom prénom (*)	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

* A remplir obligatoirement