FICHE DE RENSEIGNEMENTS
CENTRE MULTISPORTS DE GODERVILLE 2020

ENFANT

Nom: **Prénom:**

Date de naissance: **N° Sécurité sociale:**

Age: **ans** **Sexe:** ☐ **F** ☐ **M** **Classe:**

Régime alimentaire:

Nageur (sans brassard, sans bouchons): ☐ **oui** ☐ **non**

Assurance responsabilité civile extrascolaire (ou joindre une attestation):
Nom:
Adresse:
Code postal et ville:
N° de contrat:

Nom et N° de téléphone du médecin traitant:

L'enfant a-t-il eu des maladies infantiles: ☐ **oui** ☐ **non** **Si oui lesquelles:**

Allergies: ☐ **Asthme** ☐ **Médicamenteuses, lesquelles:**
☐ **Alimentaires, lesquelles:**
☐ **Autres, lesquelles:**

L'enfant suit-il un traitement médical ☐ **oui** ☐ **non**
(Si oui joindre une ordonnance de moins d'un an, avec le médicament dans son emballage d'origine avec notice et le nom et prénom de l'enfant inscrit dessus, a remettre au responsable du centre, aucun médicaments ne pourra être pris sans ordonnance**)**

Difficultés de santé (maladie, opération, accident,…) **et recommandations utiles des parents** (précautions à prendre, port de lunettes, prothèses..)

RESPONSABLE LEGAL

☐ **Père** ☐ **Mère** ☐ **Assistant familial** ☐ **Centre d'accueil** ☐ **Autre :**

Nom:

Prénom:

Adresse:

Code postal et ville:

Téléphone fixe: **Téléphone professionnel:**

Téléphone portable:

Adresse mail:

Situation familiale: ☐ **Marié(e)** ☐ **Célibataire** ☐ **Pacsé(e)** ☐ **Vie maritale** ☐ **Divorcé(e)** ☐ **Veuf(ve)**

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ABSENCE DU RESPONSABLE LEGAL

Nom: Prénom:

Téléphone: Statut (grand-père, tante,…):

Rappel des pièces à fournir:
- Photocopie des vaccins à jour (DTP)- Fiche d'inscription - Attestation assurance responsabilité civile EXTRASCOLAIRE (si renseignements non remplis)- Le règlement financier par chèque (à l'ordre du trésor public) ou numéraire - un justificatif de domicile de moins de 3 mois pour les extérieurs à Goderville.

Je soussigné, ……. responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant

Fait à ……. le ……... Signature du responsable légal: