

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS CENTRE MULTISPORTS DE GODERVILLE 2025

## ENFANT

<b>Nom:</b>		<b>Prénom:</b>	
<b>Date de naissance:</b>		<b>N° Sécurité sociale:</b>	
<b>Age:</b> ans	<b>Sexe:</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<b>Classe:</b>	
<b>Régime alimentaire:</b>			
<b>Nageur (sans brassard, sans bouchons):</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
<b><u>Assurance responsabilité civile extrascolaire (ou joindre une attestation):</u></b>			
<b>Nom:</b>			
<b>Adresse:</b>			
<b>Code postal et ville:</b>			
<b>N° de contrat:</b>			
<b>Nom et N° de téléphone du médecin traitant:</b>			
<b>L'enfant a-t-il eu des maladies infantiles:</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non      Si oui lesquelles:			
<b>Allergies:</b> <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Médicamenteuses, lesquelles: <input type="checkbox"/> Alimentaires, lesquelles: <input type="checkbox"/> Autres, lesquelles:			
<b>L'enfant suit-il un traitement médical</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 médicament ne pourra être pris sans ordonnance)			
<b>Difficultés de santé</b> (maladie, opération, accident,...) <b>et recommandations utiles des parents</b> (précautions à prendre, port de lunettes, prothèses..)			



## RESPONSABLE LEGAL

<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Assistant familial <input type="checkbox"/> Centre d'accueil <input type="checkbox"/> Autre :	
<b>Nom:</b>	
<b>Prénom:</b>	
<b>Adresse:</b>	
<b>Code postal et ville:</b>	
<b>Téléphone fixe:</b>	<b>Téléphone professionnel:</b>
<b>Téléphone portable:</b>	
<b>Adresse mail:</b>	
<b>Situation familiale:</b> <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	

## PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ABSENCE DU RESPONSABLE LEGAL

<b>Nom:</b>	<b>Prénom:</b>
<b>Téléphone:</b>	<b>Statut (grand-père, tante,...):</b>

**Rappel des pièces à fournir:**  
 - Photocopie des vaccins à jour (DTP)- Fiche d'inscription - Fiche de renseignements- Attestation d'assurance responsabilité civile EXTRASCOLAIRE - Une copie de la pièce d'identité recto-verso de la personne à qui sera adressé la facture - Attestation de quotient familial de moins de 2 mois (si quotient inférieur à 751)- Un justificatif de domicile (- 3 mois) pour les enfants non scolarisés à Goderville - Une attestation d'employeur des deux parents pour les enfants restant manger sur place à transmettre avant le 26/06.

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche , accepte que ces données fassent l'objet d'un traitement 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: