FICHE DE RENSEIGNEMENTS
CENTRE MULTISPORTS DE GODERVILLE 2026

ENFANT

Nom: **Prénom:**

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

Age: **ans** **Sexe:** **F** ☐ **M** ☐ **Classe (2025/2026) :**

Régime alimentaire:

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

Assurance responsabilité civile extrascolaire (joindre une attestation)

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 médicament 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 - 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 2000)- 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: