

Faîte le : ..... (Valable 1 an)

**TOUS LES CHAMPS SONT A REMPLIR OBLIGATOIREMENT**

**ENFANT**

Nom : ..... Prénom : .....  Fille  Garçon

Date et lieu de naissance : ..... Nationalité : .....

Ecole fréquentée : ..... Classe : ..... Age : .....

Nombre de frères et sœurs et leur année de naissance : .....

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Situation familiale :  marié (e)  divorcé (e)  célibataire  veuf (ve)  pacsé (e)  autre : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tel domicile : ..... Portable : .....

Mail (pour transmission d'informations) : .....

Personnes autorisées à récupérer l'enfant : .....

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

**PERE :**

**MERE :**

Nom / Prénom : .....

Nom / Prénom : .....

Profession : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Employeur : .....

Tel : ..... Port : .....

Tel : ..... Port : .....

Mail : .....

Mail : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

CAF ou MSA ou Autre (préciser quelle caisse) : .....

N° d'allocataire d'appartenance de l'enfant : ..... **QUOTIENT FAMILIAL :** .....

Mutuelle (nom + numéro d'adhérent) : .....

Compagnie d'assurance (nom) et numéro de contrat (responsabilité civile) : joindre une attestation.

## VACCINATIONS

Veillez nous fournir **LES PHOTOCOPIES DU CARNET DE SANTE (BCG et DT POLIO)**

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre - indication.

**ATTENTION !** Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre - indication.

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour : oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

### Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

**ALLERGIES :** ASTHME : oui  non  MEDICAMENTEUSES : oui  non   
ALIMENTAIRES : oui  non  AUTRES : .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR** (si automédication le signaler)

.....  
.....  
.....

**INDIQUEZ LES DIFFICULTES DE SANTE** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) **EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.**

.....  
.....

**MEDECIN TRAITANT : Nom :** ..... **Tel :** .....

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ? Suit-il un régime alimentaire particulier (sans porc, etc...). Précisez.

.....  
.....

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de CROQ'LOISIRS, de l'Espace Jeunesse et de l'Office Municipal des Sports à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

J'autorise les membres des équipes d'animation de CROQ'LOISIRS, de l'Espace Jeunesse et de l'Office municipal des Sports à transporter mon enfant, soit en transport en commun, soit avec un mini bus dans le cadre des activités auxquelles l'enfant est inscrit.

J'autorise l'Association des Familles de St-Galmier, l'Espace Jeunesse de St-Galmier et l'Office municipal des Sports à utiliser et exploiter de manière non commerciale l'image de mon enfant mineur ..... depuis les supports photographiques ou vidéo fournis par une des trois structures (presse, bulletin municipal, site internet des associations...)

Je déclare également avoir pris connaissance des règlements intérieurs et/ou de fonctionnement et les avoir acceptés dans leur totalité.

**Date :**

**Signature, précédée de la mention « lu et approuvé » :**