



Photo d'identité

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

CLUB ADO 11/17 ans

1/ Renseignements concernant le jeune :

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de Naissance :

Adresse :

Téléphone Domicile :

PORTABLE du jeune :

Email du jeune :

2/ Renseignements sur la famille :

PERE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone Domicile :

Portable :

Portable :

Email :

MERE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone Domicile :

Portable :

Portable :

Email :

TUTEUR

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone Domicile :

Portable :

Portable :

Email :

AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tel Domicile :

Portable :

Portable :

3/ Autorisations parentales :

Je soussigné (e), père, mère ou tuteur légal,

Autorise mon enfantà :

- A fréquenter la structure aux horaires de fonctionnement
- A quitter le Club seul (e) que ce soit sur les temps « d'accueil libre » ou de sorties organisées
- A participer à toutes les activités organisées par le Club sous la responsabilité de l'équipe d'animation et ce, quel qu'en soit le moyen de transport
- A être photographié et filmé (et autorise l'utilisation des photographies ou films sans limitation de durée pour réaliser des supports divers notamment sur le site internet de la commune

4/ Assurances :

Nom de l'assurance et N° de police pour la pratique d'activités extra scolaire :

.....

Certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche

Fait à :

Le :

Signature :

FICHE SANITAIRE
CLUB ADO 11/17 ans

N° DE SECURITE SOCIALE DE L'ENFANT :

.....

VACCINATIONS

Copie du carnet de santé

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- **L'enfant suit-il un traitement médical ?.....**
Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

- **L'enfant a t'il déjà eu les maladies suivantes ?**
Rubéole :
Varicelle :
Angine :
Rhumatisme articulaire :
Scarlatine :
Coqueluche :
Otite :
Rougeole :
Oreillons :

- **ALLERGIES :**
Précisez allergies médicamenteuses, alimentaires, autres...

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

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

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations...) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ...

PRECISEZ :

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

Certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche

Fait à :

Le :

Signature :