

FICHE ENFANT

Pour toutes activités :
certificat médical exigé

L'ENFANT Nom : Prénom :
Sexe : Date de naissance :/...../..... Âge :

VACCINS: remplir obligatoirement

	DATE:
	DATE:
	DATE:
	DATE:

Renseignements généraux :

Problèmes de santé ?
L'enfant a subi une opération.....
Médecin à contacter :

Votre enfant est il en situation de handicap?
Bénéficie t il d'un suivi **MDPH**? OUI NON ou Suivi en cours: Oui Non
Votre déclaration permet d'adapter l'encadrement.

Tarifification

Numéro de Sécurité Sociale :
Caisse : (CAF / MSA / Autres) :
N° d'allocataire :

QUOTIENT FAMILIAL:

Les parents ou responsables légaux doivent contracter une assurance de responsabilité civile et dommages corporels

Nom et Numéro de la police d'assurance de responsabilité civile et dommages corporels:
.....

Autorisation(s) :

Je soussigné(e) autorise mon enfant à :

- Être hospitalisé Rentrer seul Quartier libre ADOS
 Recevoir des soins Etre pris en photo

Noms des personnes responsables de l'enfant :

	Père	Mère	Autre
Nom :
Prénom :
Adresse :
Téléphone :

MAIL(s):.....

Signature des responsables : DATE/.....