





Enfant

Nom : _____ Prénom : _____
 Né(e) le : / / âge : _____ Sexe : fille / garçon
 Téléphone de la maison : _____
 Adresse (de l'enfant) : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 N° de sécurité sociale dont l'enfant dépend : _____

Père

Mère

Nom : _____ Prénom : _____
 domicile: _____
 portable : _____
 Nom et numéro de téléphone de l'employeur : _____
 Adresse (si différente de celle de l'enfant) : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Adresse mail : _____
 Régime : (rayer les mentions inutiles)
 CAF MSA
 Autre (précisez) : _____
 Nombre de part : _____
 N° d'allocataire CAF :

Nom : _____ Prénom : _____
 domicile: _____
 portable : _____
 Nom et numéro de téléphone de l'employeur : _____
 Adresse (si différente de celle de l'enfant) : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Adresse mail : _____
 Régime : (rayer les mentions inutiles)
 CAF MSA
 Autre (précisez) : _____
 Nombre de part : _____
 N° d'allocataire CAF :

Autorisations parentales

OUI NON

Pour les allocataires Caf, autorise Locminé Communauté à accéder au service CAF Pro.		
Autorise mon enfant à participer aux différentes activités et sorties proposées dans le cadre du Ticket sport.		
Autorise, les responsables du Ticket sport à prendre, cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, traitement médical, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.		
Autorise Locminé Communauté à utiliser à des fins d'illustration non commerciales (ex : le site Internet ou des documents de présentation) toutes photos prises dans le cadre des activités du Ticket Sport.		
Autorise mon enfant à partir seul.		
Autorise mon enfant à utiliser les transports (car, minibus, voiture) dans le cadre du Ticket sport.		

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autres que parents)

Nom	Prénom	Lieu d'habitation	Téléphone	Lien de famille	Divers

Autres personnes à contacter en cas d'urgence

Nom	Prénom	Lieu d'habitation	Téléphone	Lien de famille	Divers

FICHE SANITAIRE

Médecin de l'enfant	Spécialité	Adresse	Ville	Téléphone

Vaccins	Date de vaccination	Entourez les maladies que l'enfant a déjà eues
Diphtérie		Rubéole
Tétanos		Varicelle
Poliomyélite		Angine
DT Polio		Rhumatisme Articulaire Aigu
Tétracoq		Scarlatine
BCG		Coqueluche
Hépatite B		Otite
ROR		Rougeole
Coqueluche		Oreillons
Autres		

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

* L'enfant suit-il un traitement médical : OUI NON (si oui joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice)

➤ Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

Allergies, précisez (asthme, alimentaire, médicamenteuse...)	Cause et conduite à tenir (si automédication le signaler)

Régime alimentaire spécifique

Difficultés de santé et précautions à prendre (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...)	Recommandation utile des parents (votre enfant porte des lunettes, des lentilles, prothèses auditives...)
---	---

--	--

A LIRE ATTENTIVEMENT

- Le représentant légal de chaque enfant certifie avoir souscrit une assurance (responsabilité civile) au nom de son enfant couvrant tout dommage causé à autrui, dégradation du matériel ou équipement.
- En cas de perte ou de vol d'objets particuliers, l'organisateur décline toute responsabilité.
- Une signature du responsable de l'enfant sera demandée à l'arrivée et au départ de l'enfant. Les organisateurs sont responsables de l'enfant uniquement durant les heures de présence sur la structure et quand le parent n'est plus présent.
- En cas de manquement à la discipline, l'organisateur se réserve le droit de mettre fin à la participation de l'enfant aux différentes activités proposées par Locminé Communauté.
- Toute absence injustifiée sera facturée (en cas d'absence pour maladie, merci de nous fournir un certificat médical)
- Le responsable légal s'engage à transmettre à la direction du Ticket Sport toute mise à jour concernant les vaccins et/ou l'état de santé de l'enfant ainsi que tout changement d'adresse, téléphone...

Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche recto-verso et certifie avoir pris connaissance des conditions figurant sur le dossier

Lu et approuvé	Date	Signature
.....	.../.../.....