FICHE RENSEIGNEMENTS / SANITAIRE / AUTORISATIONS
ACM VARENGEVILLE-SUR-MER

❒ Restaurant scolaire ❒ Périscolaire ❒ Centre de loisirs (5-13 ans)

Nom :	**Prénom :**
Date de Naissance :	**A :**
Adresse :	

❒ **Varengevillais** ❒ **Scolarisé au Groupe Scolaire Jean Lecanuet - Classe :**

❒ **Petit-enfant – Noms et prénom des Grands Parents :**

❒ **Extérieur - Commune :**

CAF SEINE MARITIME 76
Numéro Allocataire CAF : Département : BENEFICIAIRE DES BONS TEMPS LIBRES CAF : oui ❑ non ❒
A fournir : Attestation CAF avec quotient familial de moins de 3 mois si vous résidez dans un autre département

RESPONSABLE LEGAL	
RESPONSABLE 1 **ADRESSE** **ACTURATION**	**Responsable 2**
Nom : **Prénom :**	**Nom :** **Prénom :**
Profession :	**Profession :**
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Date de naissance : **Lieu de naissance :**	**Date de naissance :** **Lieu de naissance :**
Type :	**Type :**
Adresse :	**Adresse :**
Email :	**Email :**
Tél. :	**Tél. :**
Portable :	**Portable :**
Tél. Pro. :	**Tél. Pro. :**
PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE	Nom et prénom / téléphone :

FICHE RENSEIGNEMENTS / SANITAIRE / AUTORISATIONS
ACM VARENGEVILLE-SUR-MER

❒ Restaurant scolaire ❒ Périscolaire ❒ Centre de loisirs (5-13 ans)

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	**Réponse**
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire **Personne autorisées à venir chercher votre enfant :** - - - -	OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX / conduites à tenir

Copie des vaccins à jour à fournir

Traitements médicaux : OUI ❒ NON ❒
(si prise de médicament durant l'accueil, une ordonnance de moins de 3 mois est obligatoire)

Handicapé :
Votre enfant a t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?
OUI ❒ NON ❒

Allergie : Votre enfant a t-il une ou plusieurs allergies ? OUI ❒ NON ❒

Régime alimentaire spécifique : OUI ❒ NON ❒

AUTRES :

Nous soussignés _____

responsables légaux de l'enfant _____

- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Date :
Signature :