



ACTIVITE ROLLERS

FICHE de RENSEIGNEMENTS

Nom : Prénom :

Pointure de l'enfant :

Personne responsable de l'enfant	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Tuteur
Nom-Prénom			
Adresse			
Tél Maison			
Tél Portable			
Tél Travail			
Email			

Parents séparés : OUI NON

L'autre parent est-il autorisé à venir le chercher ? OUI NON (Joindre 1 copie du jugement obligatoirement).

Autres personnes pouvant récupérer l'enfant

Nom(Joindre photo)	Prénom	Téléphone(s)	Lien de Parenté

Photo : votre enfant peut-il être pris en photo ou filmé OUI NON

**La fiche sanitaire doit être complétée et remise avec l'inscription
A joindre copie de l'assurance « responsabilité civile »**

Je soussigné,, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'atelier rollers à prendre le cas échéant, toutes mesures (médicales, chirurgicales, hospitalisation) nécessaires après consultation d'un praticien.

Fait à..... Le/...../..... Signature

**Attention : cette fiche est à remettre au Secrétariat de la Mairie
avant le 31 Janvier 2018 accompagné du règlement.**

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRE, ETC... PRÉCISEZ.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....