



Identité de l'enfant	
Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Adresse :	
Ecole fréquentée :	
Sexe :      Masculin / Féminin / NA	

N° CAF ou MSA	Quotient Familial

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE	
Assureur :	N° de contrat :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1 :	Responsable 2 :
Nom :	Nom :
Prénom	Prénom
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
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 :	Date de naissance :
Père / Mère / Autre (Précisez) :	Père / Mère / Autre (Précisez) :
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. Portable :	Tél. Portable :
Tél. Pro :	Tél. Pro :

PERSONNES A Contacter	
Contact	Contact
Nom :	Nom :
Prénom	Prénom
Type de contact :	Type de contact :
Tél.	Tél.
Tél. Portable	Tél. Portable
Appel en cas d'urgence : OUI / NON	Appel en cas d'urgence : OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant : OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant : OUI / NON

PERSONNES A Contacter	
Contact	Contact
Nom :	Nom :
Prénom	Prénom
Type de contact :	Type de contact :
Tél.	Tél.
Tél. Portable	Tél. Portable
Appel en cas d'urgence : OUI / NON	Appel en cas d'urgence : OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant : OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant : OUI / NON

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 (A joindre avec cette fiche).	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
Transport : J'autorise également l'Association à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités	OUI / NON

HANDICAP	Réponse
Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)	OUI / NON

APPAREILLAGE	Réponse
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

ALLERGIE	Réponse
Asthme :	OUI / NON
Alimentaires :	OUI / NON
Médicamenteuse :	OUI / NON
Autres :	OUI / NON
PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR : ..... .....	
Mise en place d'un PAI (Projet d'accueil individualisé).	OUI / NON

ATTESTATION			
Nous soussignés .....			
Responsables légaux de l'enfant.....			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,</li> <li>• Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche.</li> <li>• 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,</li> <li>• 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.</li> <li>• Attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.</li> </ul>			
Responsable 1		Responsable 2	
Fait à		Fait à	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	