



Nom :	Prénom :
Adresse :	Tel :
Date de naissance :	Lieu :
Établissement scolaire :	Classe :

Activités	Participation : voir verso
<input type="checkbox"/> Accueil du soir (élémentaire et maternelle)	<input type="checkbox"/> Restauration Scolaire
<input type="checkbox"/> Mercredis Loisirs	<input type="checkbox"/> Centre Animation Jeunesse

Renseignements concernant les représentants légaux

1^{er} responsable : Filiation.....
 Profession : Employeur : Tél. Professionnel :
 Email:.....

2^{ème} responsable : Filiation.....
 Profession : Employeur : Tél. Professionnel :

Régime d'appartenance : CAF MSA

Assuré social ? oui non **N° de sécurité sociale :** Adresse centre :.....

Mutuelle ? oui non **N° de mutuelle :** Adresse :.....

N° allocataire CAF: **Aide aux vacances MSA :** oui non

Avez-vous une assurance responsabilité civile ? oui non

Coordonnées:.....

Personne à contacter en priorité en cas d'urgence :

Nom : Tél dom. : Tél portable :

Nom : Tél dom. : Tél portable :

Autorisations

Je soussigné(e) **Nom :** **Prénom :**

Responsable légal de l'enfant (**Nom/prénom**) :

Autorise mon enfant à participer (et à être éventuellement transporté) à toutes les activités et séjours proposés par le service municipal.
 (joindre le brevet de 50 m et un certificat médical de pratique et d'activités sportives si nécessaire)

Autorise, en cas d'urgence, la direction responsable à donner les soins de premières urgences, à faire hospitaliser, anesthésier mon enfant en cas de nécessité.

Nom du médecin traitant : **Tél :**

Autorise mon enfant à être photographié lors des activités et à utiliser les images lors d'expositions dans un but non lucratif.

Personnes autres que les représentants légaux autorisées à venir chercher les enfants (munies d'une pièce d'identité)

Nom prénom	Tél domicile	Lien de parenté
.....
.....

Renseignements médicaux

Date des maladies antérieures	Affections chroniques ou aiguës, traitement médical en cours
Rubéole..... Scarlatine.....	Rhumatisme, bronchite, otite, asthme, primo-infection, albumine
Rougeole..... Diphtérie.....	Diabète, allergie.... Précisez les éventuelles allergies aux subs-
Coqueluche..... Oreillons.....	tances ou médicaments :
Varicelle..... Typhoïde.....	
Interventions chirurgicales.....	
Date des maladies antérieures.....	
Vaccinations	
Diphtérie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Hépatite B <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Tétanos <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rubéole oreillons rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Poliomyélite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
BCG <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autres (précisez) :.....

Lu et approuvé et certifié exact (manuscrit)
 Fait à Neuilly Saint Front le.....

Signatures :