

**(Ce document est à remplir obligatoirement par le(s) responsable(s) légal(aux) de l'enfant)**

Nom de l'enfant :

Garçon  Fille

Prénom :

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Adresse :

Tél. portable ou fixe :

@ : \_\_\_\_\_

Taille :

Poids :

Pointure :

Sport pratiqué en club :

### Vos prestations Sociales et Familiales (1)

CAF Ardèche  CAF Drôme  MSA  Bourses départementales  Autres :

N° de Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant) :

Quotient Familial (1) :

N° allocataire :

Compagnie d'assurance et N° de contrat (1) :

Numéro de téléphone de la compagnie :

Nom du responsable pendant le séjour :

Prénom :

Adresse :

Tél. fixe :

@ : \_\_\_\_\_

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Nom du responsable légal (Père/Mère) :

Prénom :

Adresse :

Tél. fixe :

@ : \_\_\_\_\_

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Nom du responsable légal (Père/Mère) :

Prénom :

Adresse :

Tél. fixe :

@ : \_\_\_\_\_

Tél. portable :

Tél. professionnel :

### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom & Prénom

Lien de parenté

N° de téléphone

.....

.....

.....

.....

Renseignements médicaux concernant l'enfant (1)

Groupe sanguin si connu :

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui  Non

Si Oui, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments d'origines marquées au nom de l'enfant et avec la notice, à remettre dans un sac et en mains propres au Directeur de l'ALSH ou au Responsable du groupe)

*« ATTENTION AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE ! »*

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ? (1) Rougeole Oui  Non  / Oreillons Oui  Non   
Rubéole Oui  Non  / Varicelle Oui  Non  / Coqueluche Oui  Non  / Otite Oui  Non   
Allergies : Asthme Oui  Non  / Alimentaires Oui  Non  / Médicamenteuses Oui  Non

Autres : .....

Indiquez ci-après : Les difficultés de santé, (allergie, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre. Votre enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc...ainsi que toute autre recommandation qui vous semble utile concernant la santé de votre enfant.

.....  
.....  
.....  
.....

Médecin traitant :

Numéro de téléphone :

Autorisations

- J'autorise le responsable de l'accompagnement et (ou) du séjour à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale ou à donner les médicaments nécessaires au traitement de mon enfant sur ordonnance médicale uniquement.
- Je m'engage à rembourser dès la fin de l'activité la Communauté de Communes Ardèche Rhône Coiron l'avance des frais médicaux qui seraient engagés à cette occasion.
- J'autorise l'équipe d'animation à diffuser l'image de mon enfant qui pourrait être prise lors des manifestations organisées par celle-ci, que ce soit dans les journaux ou sur le site de la Communauté de Communes Ardèche Rhône Coiron.
- J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin de l'activité.
- J'ai pris connaissance du règlement intérieur et je m'engage à le faire respecter.
- J'autorise le Service Jeunesse à me faire suivre par mail toutes les informations concernant les animations sur la Communauté de Communes Ardèche Rhône Coiron et tous les documents administratifs (factures,...).

Je soussigné(e), .....  
responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à

Signature

Le

(1) Joindre photocopie