



FICHE DE RENSEIGNEMENT 2018/2019

Centre de Loisirs sans hébergement /cantine

34120 NÉZIGNAN L'ÉVÊQUE

☎ : 04.67.90.45.34/06.31.00.20.94

✉ : garderie@ville-nezignan.fr

ENFANT		
Nom / Prénom	Adresse :	Sexe : <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon Classe :
Date et lieu de naissance		

PARENTS ou RESPONSABLES LEGAUX			
	Père	Mère	Tuteur
Nom			
Prénom			
Date de naissance			
Lieu de naissance			
Profession			
Tél Domicile			
Tél Portable			
Tél Employeur			
Adresse e-mail			
Situation Familiale	<input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Divorcés <input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Concubins <input type="checkbox"/> Autres		
Nom et adresse de la compagnie d'Assurance Responsabilité Civile :			
Numéro :		<u>(Joindre l'attestation d'assurance)</u>	

PERSONNES AUTORISÉES :				A prévenir en cas d'urgence*	A récupérer mon enfant
Nom/Prénom	Lien de parenté	Adresse	N° de téléphone		

*si les parents ne sont pas joignables



AUTORISATIONS PARENTALES

**Je soussigné (Nom/Prénom) :.....responsable légal de l'enfant
(nom/prénom)**

Autorise mon enfant, ci-avant nommé(e), à participer aux activités sportives et physiques (initiation) organisées par le Centre de Loisirs.

- OUI sans restriction NON
 OUI avec restriction (Lesquelles) :

Autorise mon enfant, ci-avant nommé(e), à participer aux sorties organisées par le Centre de Loisirs.

- OUI sans restriction NON
 OUI avec restriction (Lesquelles) :

Autorise l'équipe d'animation à prendre mon enfant, ci-avant nommé(e), en photo ou de le filmer dans le cadre des animations et à diffuser son image sur papier.

- OUI sans restriction NON
 OUI avec restriction (Lesquelles) :

Autorise l'équipe d'animation à laisser mon enfant, ci-avant nommé(e), à sortir seul du Centre de Loisirs :

- OUI à 12h00 et/ou 17h00 NON

En cas d'accident ou de maladie nécessitant une intervention urgente, j'autorise le médecin de famille ou un autre médecin à prendre toutes les dispositions nécessaires (appels des services d'urgence SAMU, Pompiers).

- OUI NON
 Démarches à suivre :

MÉDECIN TRAITANT

Nom/Prénom : Généraliste
 Adresse : Pédiatre
 Téléphone : Autres (préciser)

Renseignements Médicaux

- Allergie(1) :
 Maladie(1) :
 Pratiques alimentaires (1):
 Problème de santé(1) :
 Autres(1) : (1) précisez

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure (<http://www.nezignan.fr/pgfr-ecoles.html>) et en accepter le contenu,
- 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.

Fait à.....,

Signature du (des) responsable(s) légal(aux).

Le.....