



FICHE SANITAIRE FICHE D'INSCRIPTION

2024

ENFANT		Photo (*)	
Identité			
Nom :			
Prénom :			
Sexe :			
Naissance :			
A :			
Email :			
Tél :			
			* A fournir si manquant.

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE	
Assureur :	
Num :	

RESPONSABLE LEGAL			
Responsable 1		Responsable 2	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Profession :		Profession :	
Situation familiale : Célibataire / Marié / Separé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)		Situation familiale : Célibataire / Marié / Separé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	
Date de naissance ::		Date de naissance ::	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Adresse :		Adresse :	
Email :		Email :	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Tél. Pro. :		Tél. Pro. :	

PERSONNES A CONTACTER

Contacts existants

Nouveaux contacts		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		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

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		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

ATTESTATION

Nous soussignés (*)

responsables légaux de l'enfant (*)

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- 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,
- certifions le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les coordonnées de notre responsable légal à l'adresse suivante :
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

* A remplir obligatoirement

merci de joindre à ce document :

- la copie des vaccinations
- la copie de l'attestation d'assurance
extra-scolaire
- le N° de sécurité sociale .