

Représentant légal :

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. domicile :

Portable :

Courriel :

Enfant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Établissement fréquenté :

Classe :

Régime allocataire : CAF MSA Autre

N° Allocataire :

J'autorise les services municipaux à photographier mon enfant : OUI NON

J'autorise mon enfant à repartir seul : OUI NON

Si non, nom de la personne autorisée à venir chercher mon enfant :

.....

ACTIVITÉS CHOISIES :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> BABY SPORTS | <input type="checkbox"/> SPORTS DE BALLONS |
| <input type="checkbox"/> ÉVEIL SPORTIF | <input type="checkbox"/> BADMINTON JEUNES |
| <input type="checkbox"/> SPORTS DE RAQUETTES | <input type="checkbox"/> SPORTS ADO |

Personnes à prévenir en cas d'urgence : (Nom, Prénom, Téléphone)

1

2

3

Nom du médecin traitant : Tél :

Autorisation d'évacuation par les services de secours : OUI NON

Autorisation d'hospitalisation : OUI NON

Allergie médicamenteuse connue : Asthme :

Autre information médicale :

Je soussigné (e),, Responsable légal de l'enfant,

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel encadrant les activités choisies à prendre, en cas de besoin, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.
- Atteste que l'enfant n'a pas de contre-indication médicale à la pratique sportive.
- Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des activités sportives municipales.

Valognes, le

Signature :