



02.35.13.01.37
caj.jeunesse-sport@epoville.com

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2022

ETAT CIVIL DU PARTICIPANT

NOM:		PRENOM:		Sexe:	
Date de naissance:		Age:		Classe:	
Adresse:					
Code Postal:			Ville:		
Taille:		Poids:		Pointure:	
L'enfant sait-il nager:		Oui		Non	

RESPONSABLE LEGAL DU PARTICIPANT

PÈRE MÈRE PÈRE ET MÈRE TUTEUR

Numéro de sécurité sociale:

PÈRE

MÈRE/TUTEUR

Nom:		Nom:	
Prénom:		Prénom:	
Adresse:		Adresse:	
Code postal:	Ville:	Code postal:	Ville:
Profession:		Profession:	
Tél domicile:		Tél domicile:	
Tél travail:		Tél travail:	
Tél Portable:		Tél Portable:	
email:		email:	

MEDECIN DU PARTICIPANT

Nom:	Téléphone:
------	------------

Je soussigné(e) Mme,M _____ agissant en qualité de responsable légal de l'enfant _____ autorise mon fils, ma fille, après avis médical, à participer à toutes les activités organisées par le Centre d'Animation Intercommunal et autorise le directeur, sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident à prendre toutes mesures d'urgences, tant médicales que chirurgicales y compris l'hospitalisation dans un établissement public.

I J'AUTORISE I - I JE N'AUTORISE PAS I (1) mon enfant mineur, à quitter seul le centre d'animation, et décharge le personnel de toute responsabilité après son départ. J'atteste avoir pris connaissance des conditions générales de fonctionnement.

I J'AUTORISE I - I JE N'AUTORISE PAS I (1) le centre d'animation intercommunal à utiliser les images photographiques et vidéos de mon enfant, prises dans le cadre du fonctionnement du centre pour illustrer les activités du centre.

(1) rayer les mentions inutiles

(2) Faire précéder de la mention "lu et approuvé"

la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant

Fait à:	Le:
Nom et signature: du responsable légal du participant (2)	



02.35.13.01.37
cai.jeunesse-sports@epouville.com

FICHE SANITAIRE 2022

VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS		VACCINS RECOMMANDES		DATES
Diphtérie							
tétanos							
Poliomyélite							
ou DT polio							
ou Tétra coq							
BCG							

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION
ATTENTION: LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE INDICATION

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical pendant la période de vacances? **oui** **non**

si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans les emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE	OREILLONS
OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON

OTITE	ROUGEOLLE	COQUELUCHE
OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON

(rayer la mention inutile)

ALLERGIES: ASTHME oui - non
ALIMENTAIRES oui - non

MEDICAMENTEUSES oui - non
AUTRES.....

PRECISEZ LES CAUSES D'ALLERGIES ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

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

INDIQUEZ CI-APRES:

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, OPERATION) ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (LUNETTES, LENTILLES, APPAREILS DENTAIRES ou AUDITIF...)

.....
.....

Centre Intercommunal d'Animation
1, côte du Cap - 76133 EPOUVILLE
Tél: 02.35.13.01.37 / 02.35.30.07.40 (mairie)
g.poupel@epouville.com ou n.lecornu@epouville.com