



Nom de la structure : **ACM LES AVENTURIERS**

Prénom de l'enfant :

Nom de l'enfant :

Sexe :

Date de naissance :

Date inscription :

Ecole :

Section :

Classe :

Personnes à prévenir en cas d'accident/telephone	Personnes habilitées à récupérer l'enfant/téléphone
.....
.....
.....

Autorisation de Filmer :

Autorisation de transport en véhicule:

Autorisation de rentrer seul :

Nage t-il :

Assureur :

N° Contrat :

Autorisation d'intervention médical :

Médecin traitant :

Lieu d'hospitalisation :

Type de repas :

Allergie repas:

Nom du responsable :

Prénom du responsable :

Situation familiale :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

N° sécu :

Employeur :

Profession :

CAF :

N° CAF :

Quotient :

Régime :

PERE : Nom :

Prénom :

Idem responsable :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

N° de Sécu. :

Employeur :

Profession :

MERE : Nom :

Prénom :

Idem responsable :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

N° de Sécu. :

Employeur :

Profession :

Observations :

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.

Fait à, le :/...../.....

Signature

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...
PRECISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :
ADRESSE PENDANT LE SEJOUR :
.....
TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :
NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (facultatif).....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNEES DE LA STRUCTURE**

ACM LES AVENTURIERS DE RONSARD
6, AVENUE DU MAI 1945
17610 CHANIERES
Tél. : 05.46.91.57.83 Fax : Email : lesaventuriers17@orange.fr

OBSERVATIONS

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