

ENFANT

NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Lieu de naissance :
Sexe : G F
Etablissement scolaire fréquenté :
Niveau :
Adresse :

Adresse email :
Numéro de portable :

PARENTS :

NOM :
Prénom :
Adresse :

Situation de famille :

Nombre d'enfant à charge :
Numéro de sécurité sociale :

Numéro de téléphone :
Numéro de portable :

Adresse mail :

Profession :
Employeur :
Nom et adresse :

Numéro téléphone :

PERE

.....

 célibataire marié(e)
 concubinage veuf (ve)
 divorcé(e) séparé(e)
 pacsé

MERE

.....

 Célibataire marié(e)
 concubinage veuf (ve)
 divorcé(e) séparé(e)
 pacsé

VACCINATIONS :

(vous pouvez nous remettre une photocopie du carnet de vaccinations)

Précisez s'il s'agit du	Vaccin Pratiqué	Date
DT Polio		
DT Coq		
Tretacoq		
Prise Polio		
Rappel		
Hépatite B		

Antituberculeux (BCG)	Antivariolique	Autres vaccins			
	Date		Date	Vaccins pratiqués	Date
1er vaccin					
Rappel					

Renseignements médicaux : (cochez la case correspondante)

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole varicelle rhumatisme scarlatine

Coqueluche otite asthme rougeole oreillons

Indiquez ci dessous les autres difficultés de santé en précisant les dates :

Si ALLERGIE (cutanée, alimentaire ...) laquelle ? et conduite à tenir :

.....

Je soussigné, Mr, Mme

Agissant en qualité de père mère

De l'enfant

Autorise mon enfant :

▶ A pratiquer toutes les activités organisées par le service jeunesse

▶ A pratiquer toutes les activités organisées par le service jeunesse
sauf :

▶ Votre enfant a-t-il le brevet de natation 25 m (si oui fournir la photocopie)

oui non

Personnes à prévenir en cas d'urgence : (Nom prénom et coordonnées)

- ▶
- ▶
- ▶

Autorisation d'hospitalisation:

J'autorise les responsables de la structure concernée, à faire hospitaliser mon enfant au centre hospitalier le plus proche.

oui non

Assurance :

Compagnie d'assurance :

Type de contrat :

Numéro de contrat :

Caisse d'Allocations familiales :

De quelle caisse d'allocations familiales dépendez vous :

Nom de l'allocataire :

Numéro d'allocataire :

Quotient familial :

(si non communiqué, facturation au QF maximal)

Bénéficiez vous de l'aide aux vacances : oui non

(anciennement Bons vacances)

de l'aide pour les CLSH : oui non

(anciennement passeport CAF)

Droit à l'image :

J'autorise les équipes du service jeunesse à exploiter les images prises au cours des activités réalisées sur lesquelles mon enfant pourrait apparaître, sur tous les supports de communication : photos, films, site internet, articles de presse, reportages, vidéo, Facebook ...

oui non

J'autorise le service jeunesse à communiquer des informations relatives aux animations par la voie des SMS ou Email

Parents : oui non

Jeunes : oui non

Informations particulières à signaler :

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

Renseignements complémentaires :

Composition de la famille : avez vous d'autres enfants à charge, (si oui, nom, prénom date de naissance, l'établissement scolaire fréquenté)

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

Votre enfant fréquente-t-il une association sportive ou culturelle ?

oui non

Si oui précisez laquelle :

Documents à fournir :

- attestation d'assurance
- attestation CAF pour ceux qui en bénéficient ou
- photocopie du dernier avis d'imposition pour les non allocataires CAF
- règlement en Mairie (après réception de la facture)

Fait à St martin de Seignanx, le:.....

Signatures des parents :

VILLE DE



SAINT-MARTIN
DE SEIGNANX