



Formulaire d'inscription (Fiche sanitaire) Pour les 8-11 ans



À retourner complété, par courrier postal, au Pôle Enfance/Jeunesse 34 chemin du Quinquis, 29170 Fouesnant

Nom Prénom Date de naissance / /
Adresse Ville Code postal

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

Nom Prénom
Adresse Ville Code postal
N° de téléphone fixe N° de téléphone professionnel
Courriel @
N° de Portable
Caisse d'assurance CAF msa mgen autres
Medecin traitant
Compagnie d'assurance N° de contrat

AUTRE(S) PERSONNE(S) HABILITEE(S) À PRENDRE L'ENFANT

Nom Prénom Ville
N° de téléphone fixe N° de portable
Nom Prénom Ville
N° de téléphone fixe N° de portable

AUTORISATION DE PUBLICATION DE PHOTOGRAPHIES

J'autorise la publication sur l'ensemble des supports de communication de la ville de Fouesnant-les Glénan, existants ou à créer et dans le cadre des opérations de communication de la ville de Fouesnant-les Glénan, de la/des photographie(s) réalisée(s) représentant mon enfant mineur :

Nom Prénom

Fait le à Signatures des représentants légaux

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

VACCINATIONS (se référer au Carnet de Santé)

Vaccins obligatoires : DT POLIO date : _____ date du rappel : _____
BCG date : _____ date du rappel : _____

Si l'enfant n' a pas reçu les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre indication.

ATTENTION : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

ALERGIES Oui Non

Si oui, Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler, joindre l'ordonnance).

Indiquez ci-après, les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Recommandations utiles des parents (votre enfant porte-il des lunettes, des lentilles, des prothèses dentaires, etc...).

AUTORISATION DE SOINS URGENTS Oui Non

J'autorise le Directeur de la structure à faire procéder à toute intervention médicale et chirurgicale urgente que nécessiterait éventuellement l'état de santé de mon enfant.

Le _____ Signatures des représentants légaux

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je déclare les renseignements ci-dessus conformes à la réalité et m'engage à prévenir de tout changement de situation familiale.

Le _____ Signatures des représentants légaux
