



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



À retourner complété, par courrier postal, au Pôle Enfance/Jeunesse, Mairie de Fouesnant, Place du Général de Gaulle, 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

\_\_\_\_\_