

## IDENTITÉ DE L'ENFANT :

Garçon

Fille

Nom

Prénom

Adresse   
 ..... Quartier : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... à : .....

ÉCOLE  CLASSE

### Activités choisies (cocher les cases correspondantes) :

- Basket    Boxe    Handball    Sport adapté  
 Motricité    Centre loisirs multisport    Médias  
 Théâtre    Cirque    Kobudo    Escalade

Nombre de frères et sœurs pas inscrits à l'Asvec :	Prénom	Age	Sexe
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## IDENTITÉ DES PARENTS :

### PÈRE (ou tuteur légal)

Nom

Prénom

Adresse (uniquement si différente de l'enfant)

Téléphone Domicile : .....

Portable : .....

Travail : .....

Courriel .....@.....

Situation professionnelle :

- Salarié    Demandeur d'emploi

### MÈRE (ou tuteur légal)

Nom

Prénom

Adresse (uniquement si différente de l'enfant)

Téléphone Domicile : .....

Portable : .....

Travail : .....

Courriel .....@.....

Situation professionnelle :

- Salariée    Demandeur d'emploi

## AUTORITÉ PARENTALE :

Les deux parents sont-ils titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale ?    Oui    Non  
 (en cas de décision de justice limitant l'autorité parentale, joindre la copie du jugement)

Autre personne titulaire de l'autorité parentale ?

Nom - Prénom :   
 Adresse :   
 Tél :

**INFORMATIONS :**

Coordonnées du  
médecin de famille

Nom : .....  
Adresse : .....  
Tél : .....

N° de Sécurité Sociale	N° Allocataire (obligatoire)	Assurance Responsabilité Civile
Couvrant l'enfant	CAF :	Nom :
		N° de Contrat :

**DROIT A L'IMAGE :**

J'autorise l'équipe d'animation de l'ASVEC à photographier et/ou filmer mon enfant lors des activités, et à diffuser les images sur support photographique ou informatique (site internet : [www.asvec.fr](http://www.asvec.fr)) pour la présentation et l'illustration des activités de l'association :

Oui  Non

**AUTORISATION DE SORTIE :**

Le(s) titulaires de l'autorité parentale, autorise(nt) :

- L'enfant à quitter seul le Centre de Loisirs de l'Asvec aux horaires indiqués (uniquement s'il a plus de 6 ans) :  
 Oui  Non Heure de départ de l'enfant : ..... h .....

- Les personnes (d'au moins 10 ans révolus) à venir chercher l'enfant :

1ère personne :		Téléphone :	
2ème personne :		Téléphone :	
3ème personne :		Téléphone :	
4ème personne :		Téléphone :	

*(Lorsqu'il s'agit d'une tierce personne, cette dernière doit être munie d'une autorisation écrite et signée des parents et présenter une carte d'identité)*

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

Signature du (des) responsable(s) légal(aux)  
*(faire précéder de la mention « lu et approuvé »)*

**Père :**

**Mère :**

**Autre responsable légal :**

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS UTILES PENDANT LA PRÉSENCE AU CENTRE DE LOISIRS ou PENDANT LE SEJOUR DE VOTRE ENFANT : ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ

### 1. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT Polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### 2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ?  Oui  Non

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OTITE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME  Oui  Non MEDICAMENTEUSE  Oui  Non  
ALIMENTAIRES  Oui  Non AUTRES .....

PRÉCISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

## INDIQUER CI APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) EN PRÉCISANT LES DATES ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

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

## 3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES... PRÉCISEZ.

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

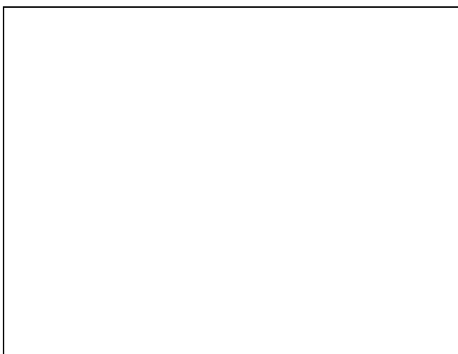
## 4. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e) ..... responsable légal(e) de l'enfant

..... déclare les renseignements portés sur cette fiche exacts et autorise le responsable de l'ASVEC à prendre toutes les mesures de soin rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, transfusion, ...) en cas de nécessité constatée par un professionnel de la santé.

Fait à Toulouse le : ..... Signature :

## CERTIFICAT MÉDICAL



*(cachet du médecin)*

Toulouse le,

Je soussigné Docteur .....

Certifie que l'enfant .....

Est apte à la vie collective et ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique des activités sportives.