

Union Sportive de Vern

7A Avenue de la Chalotais
35770 VERN-SUR-SEICHE
02 99 00 44 87
usvern35@gmail.com
usvernsurseiche.free.fr

Fiche de renseignement 2013 -2014

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Nom Prénom
Né(e) le...../...../.....
Sexe : M F
Poids : Taille :
(Informations nécessaires en cas d'urgence)

PERE

Nom, PrénomTél.
Adresse
.....
E-mail :
Entreprise :Tél.....

MERE

Nom, PrénomTél.
Adresse
.....
E-mail :
Entreprise :Tél.....

PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE BESOIN

NomTél.

ALLOCATIONS FAMILIALES (Renseignement indispensable)

Régime général (CAF) N°.....

J'autorise / n'autorise pas l'US VERN à prendre les renseignements nécessaires à la tarification de l'activité ALSH auprès du service Cafpro mis à disposition par la Caisse d'Allocations Familiales.

Il est de votre intérêt de souscrire un contrat d'assurance pour votre enfant.

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e).....représentant légal
deautorise / n'autorise pas l'US VERN à publier des photos de
mon (mes) enfant(s) prises dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs, exclusivement dans les outils de
communication de l'association et dans des articles de presse rédigés liés à cette activité.

FICHE SANITAIRE

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

Fournir une photocopie des vaccinations du carnet de santé.

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant a-t-il eu déjà les maladies suivantes : (*raier la mention inutile*)

Varicelle **OUI NON** Coqueluche **OUI NON** Rubéole **OUI NON**
Oreillons **OUI NON** Rougeole **OUI NON** Scarlatine **OUI NON**
Angine **OUI NON** Rhumatismes **OUI NON** Otites **OUI NON**
Asthme **OUI NON**

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 avec la notice**).

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui non

Médecin traitant : Tél.

Je soussigné, M....., représentant légal (père, mère, tuteur), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du Centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date

Signature (Précédée de « *Lu et approuvé* »)