|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’ENFANT

|  |  |
| --- | --- |
| NOM (en majuscules)  | Sexe  |
| Prénom  |  |
| Date de naissance  |  |
| Adresse  |
| Téléphone  |  |
| Portable |  |
| E-Mail |  |

EN CAS D’URGENCE, PREVENIR

|  |
| --- |
| NOM(S) et Prénom(s) des parents (ou tuteurs légaux)  |
| Adresse  |
| Téléphone  |
| Portable  |
|  |  |  |
| Profession du père :  |   |
| Nom de l’employeur et adresse  |
| Profession de la mère :  | ****  |
| Nom de l’employeur et adresse |

AUTORISATION PARENTALE (Obligatoire)

Je, soussigné,

 représentant légal de l’enfant

* autorise le responsable de la sortie à faire pratiquer tous les soins ou injections de sérum prescrits par un médecin, et si nécessaire en cas de maladie ou d’accident, autorise le chirurgien et l’anesthésiste à opérer mon enfant, en cas de d’absolue nécessité.
* M’engage à rembourser les frais avancés en cas de prise en charge médicale nécessaire (soit directement auprès du praticien ou de l’établissement ou par refacturation du Comité.).
* M’engage à prendre à ma charge les frais occasionnés par un enfant pour un retour individuel (opposition, inadaptation ou mauvaise conduite).
* M’engage à fournir avant la date limite fixée, ce présent bulletin, dûment rempli et signé.
* Certifie que mon enfant ne présente aucune contre-indication pour tout séjour en collectivité.
* **Autorise le CODEP 36 Badminton à photographier ou filmer mon enfant, pour la publication sur son site internet, réseaux sociaux ou dans les journaux régionaux  OUI  NON**

Je certifie avoir pris connaissance des conditions générales.

Fait à ,le

(précédée de la mention « lu et approuvé ») **Signature** :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

NOM et Prénom de l’enfant …

 ALLERGIE (si oui, précisez)

………………………………………………………………………………………………………………………………………

 TRAITEMENT MEDICAL (si oui, joindre obligatoirement, la photocopie de l’ordonnance ou l’ordonnance si besoin d’un renouvellement)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ANTECEDENTS

……………………………………………………………………………………………………………………………………

 CHIRURGICAUX (opérations, fractures,…)

……………………………………………………………………………………………………………………………

L’enfant suit-il un régime alimentaire ?

………………………………………………………………………………………………………………………………

**Renseignements administratifs**

N° de sécurité sociale (parents) …………………………………………

Nom de la mutuelle : ……………………………………

 N° de sociétaire : …………………………………

Avez-vous une autre assurance (nom et n° de sociétaire) ?…………………………………………

 VACCINATIONS (précisez le mois et l’année des dernières injections)

|  |  |
| --- | --- |
| D.T. (Diphtérie – Tétanos) …………………………………………… | Rappel …………………………… |
| D.T.T.A.B. (Diphtérie-Tétanos-typhoïde) ……………………………... | Rappel …………………………… |
| Poliomyélite ………………………………………………………….. | Rappel …………………………… |
| Hépatite B …………………………………………………………… | Rappel …………………………… |
| Autres vaccinations : ………………………………………………….. | Rappel …………………………… |