

ENFANT

Nom Prénom

Date de Naissance Age

Genre Féminin Masculin

Etablissement Scolaire Classe

*Photo obligatoire
pour ALSH BAROJA*

*Cliquer ici pour
insérer la photo*

REPRESENTANT 1

Nom

Prénom

Adresse

Domicile Pro.

Portable

Courriel

Profession

Employeur

REPRESENTANT 2

Nom

Prénom

Adresse

Domicile Pro.

Portable

Courriel

Profession

Employeur

N° Sécurité Sociale

Caisse d'affiliation

Nom Assurance

N° Contrat

N° d'Allocataire (CAF/MSA)

Régime (CAF / MSA)

Caisse (Bayonne ou Autre)

RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE

1 - Parents séparés ou divorcés

Suite à séparation ou divorce :

- résidence principale de l'enfant Domicile de la mère Domicile du père Garde alternée
- autorité parentale conjointe OUI NON

2 - Enfants placés suite à un jugement

OUI NON

Payeur

Nom de la famille d'accueil ou lieu d'accueil :

3 - Renseignements complémentaires importants concernant la situation familiale de l'enfant (SI jugement merci de nous en fournir une copie)

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

Nom	Lien de parenté	<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Portable
<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"/>	<input type="text"/>

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom	Lien de parenté	① Domicile	① Portable
<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"/>	<input type="text"/>

QUESTIONNAIRE SANTE

Lire le CERFA « QS Sport », puis attester :

Je soussigné(e) : Mme ou M.

Certifie pour l'enfant cité ci-dessus (cocher votre réponse) :

- J'atteste avoir répondu NON à toutes les questions → je n'ai pas de de certificat médical à fournir (*Sauf pour ALSH BAROJA*)
- J'atteste avoir répondu OUI à une ou plusieurs questions → **je fournis un Certificat Médical**

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES A REMPLIR PAR PERE, MERE OU TUTEUR LEGAL

• Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I) OUI NON

• RENSEIGNEMENTS SPECIFIQUES IMPORTANTS CONCERNANT VOTRE ENFANT POUR UNE PRISE EN COMPTE ADAPTEE

• AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Je soussigné (e), père, mère, tuteur légal de l'enfant cité ci-dessus

AUTORISE l'équipe de direction et les animateurs à s'adresser directement, en cas d'urgence, au SAMU (15)

AUTORISE l'équipe de direction et les animateurs à faire transporter mon enfant à l'hôpital le plus proche. Dans le cas contraire, préciser l'établissement souhaité :

Je soussigné (e), père, mère, tuteur légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à avoir pris connaissance des conditions de réservation, d'annulation et de facturation aux Activités Extrascolaires (*document disponible sur votre Espace Citoyen*).

FAIT à ANGLET, le