



NOM DE L'ETABLISSEMENT

Communauté d'Agglomération Sarreguemines Confluences

99 rue du Maréchal Foch - BP 80805

57208 SARREGUEMINES CEDEX

Tél. : 03 87 28 30 30

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

.....

N° et adresse du centre de sécurité sociale :

.....

N° et adresse de l'assurance responsabilité civile :

.....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Merci de faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

1. N° de téléphone du domicile :

2. N° de téléphone portable du père :

3. N° de téléphone portable de la mère :

4. N° de téléphone professionnel direct du père :

En cas de ligne directe, n° du standard et du poste :

5. N° de téléphone professionnel direct de la mère :

En cas de ligne directe, n° du standard et du poste :

6. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Je certifie que mon enfant ne présente aucune contre-indication médicale pour la pratique d'une activité aquatique

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'animation ? 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

ALLERGIES : ASTHME oui non
MEDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non
AUTRES

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours : oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre.

En cas d'urgence, l'enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Nom et tél. du médecin traitant :

Je soussignée,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

DATE :

SIGNATURE :