





PHOTO OBLIGATOIRE DE L’ENFANT

**FICHE SANITAIRE 2023**

**Sport découverte estivale**

**MAIRIE DE TANINGES et CCMG**

**Renseignements concernant l’enfant :**

NOM : ........................................................................ Prénoms : ......................................................................

Sexe :  M F

Date de naissance : ........../ ........ / .............. Lieu de naissance : .................

Classe en septembre 2023 : ...................................................

### Responsables légaux de l’enfant : Ayant autorité parentale

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | RERESENTANT LEGAL 1 | RERESENTANT LEGAL 2 | TUTEUR (TRICE) |
| Nom |  |  |  |
| Prénom |  |  |  |
| Adresse |  |  |  |
| Téléphone domicile |  |  |  |
| Téléphone travail |  |  |  |
| Téléphone portable  obligatoire |  |  |  |
| Adresse Mail obligatoire |  |  |  |

Situation familiale :  Marié  Séparé  Veuf (ve)  Vie maritale  Célibataire

 Divorcé  Pacsé

**Personnes MAJEURES** autorisées à venir chercher l’enfant autre que les représentants légaux :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM / PRENOM** | **LIEN AVEC L’ENFANT** | **N° DE TELEPHONE OBLIGATOIRE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Autorisation de laisser mon enfant partir seul  à pied  à vélo

N° CAF : ............................................................................................................................................................

N° de sécurité sociale dont dépend l’enfant : ....................................................................................................

Centre de sécurité sociale : ..............................................................................................................................

Nom et ville de l’assurance scolaire : ...............................................................................................................

N° de la police d’assurance scolaire : ……………………………………………………………………………….

Nom et ville de votre mutuelle : ........................................................................................................................

N° AMC de la mutuelle : ...................................................................................................................................

### AUTORISATIONS PARENTALES :

Je soussigné(e) : Représentant(e) légal(e) de l’enfant

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INTITULE** | **DESCRIPTIF** | **OUI** | **NON** |
| Autorisation de prise de photo et/ou vidéo | Diffusion site internet de la ville, journal municipal, presse locale et blog des associations. |  |  |
| Autorisation d’envoi de courriels |  |  |  |
| Autorisation parentale de soins/hospitalisation |  |  |  |

### LA SANTE DE L’ENFANT

### Fiche annexe à compléter : Attestation sur l’honneur d’absence de contre-indication à la pratique sportive

Nom du médecin : Téléphone du médecin :

### Pièces à fournir : photocopie des vaccins obligatoires

**Vaccinations et maladies infantiles : photocopie de la page des vaccins OBLIGATOIRE à fournir**

Maladie, traitement et/ou allergies :

 Asthme  Allergies médicamenteuses, précisez : .....................................................................................

 Autres : ........................................................................................................................................................

 Allergies alimentaires, précisez : .................................................................................................................

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

L’enfant à t-il un PAI en cours ou un renouvellement ?  OUI  NON

**Si l’enfant a un PAI (Protocole d’Accueil Individualisé), merci d’en informer le service « Sports» de le fournir ainsi que le traitement médical prescrit.**

# Autres informations utiles, recommandations particulières :

 Lunettes  Appareil dentaire  Autre précisez : ............................................................................

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

**Participation aux activités du Sport découverte estivale**

**Pré inscription aux activités proposées**

**Ce tableau sera fonction des activités proposées (3 demi – journée par famille d’activité : (ex : expression corporelle, jeux de raquettes)**

Famille d’activité choisie : Dates

Lundi matin **** / AM **** Mardi matin ****  Jeudi matin ****/ AM **** Vendredi matin ****

**Toutes absences doivent être signalées à l’avance, à la personne encadrant.**

**Toute réservation sera facturée intégralement.**

**En cas d’inscriptions insuffisantes à une activité (en dessous de 5 participants), l’organisation se réserve le droit de l’annuler.**

* Prévoir 1 paire de chaussures de sport de salle (non marquante) si activité dans legymnase
* Prévoir 1 paire de chaussures de sport extérieur
* 1 tenue de sport + (casquette et crème solaire pour activité extérieur)
* 1 bouteille d’eau / 1 barre de céréales

Je soussignée, \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ certifie l’exactitude des renseignements portés dans ce document .Si des renseignements contenus dans cette fiche changent en cours d’année, je m’engage à transmettre les modifications au service «  sports » de la commune.

« Lu et approuvé » (mention manuscrite) Fait à \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ le : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

Signature obligatoire du représentant légal

Attestation sur l’honneur de l’absence de

contre- indication à la pratique sportive

Je soussigné(e) \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_, représentant légal de l’enfant \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_, atteste sur l’honneur qu’il/qu’elle est suivi(e) par son médecin traitant et qu’il/qu’elle ne présente , à ce jour, aucune contre-indication à la pratique sportive.

Je m’engage à déclarer au service des « Sports » toute éventuelle évolution de santé nécessitant une prise en charge particulière ou un arrêt d’activité de mon enfant.

Pour servir et valoir ce que de droit

Fait à \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ , le \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

  Signature du représentant légal