

Mensualisation (fournir un RIB)

Chèque(s) (indiquer le(s) montant(s))

- 1^{er} chèque :.....

- 2^{ème} chèque.....

- 3^{ème} chèque

- Soit un total de..... *Date du paiement*

Promo (précisez la nature de la promo):

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Allergies :

ASTHME

ALIMENTAIRES

AUTRES

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....
.....

Indiquez ci-après :

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

.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...précisez.

.....
.....

Je soussigné responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'éducateur à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

Droit à l'image – Demande d'autorisation Parentale

J'autorise mon enfant : à être photographié, filmé dans le cadre des activités pédagogiques des Vacances à thèmes ou de l'Ecole Multi-Sports de l'association **Sport-Famille-Plaisir**.

J'autorise **SFP** à diffuser les photos / vidéos sur le site et la page facebook de l'association.

Nom :

Date et signature des Parents :

