



Fiche administrative Année scolaire 2019-2020

ASSOCIATION SPORT FAMILLE PLAISIR
Accueil de loisirs de Seine-Port
GARDERIE Place Trainard
77240 SEINE-PORT
Tel : 01 64 41 86 98 / 06 49 36 72 97
sport.famille.plaisir@gmail.com
Site : sport-famille-plaisir.fr
Président : 06 17 04 89 49

Enfant

Nom :	Prénom :	Photo
Age :		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; border-radius: 10px;"></div>
Sexe :		
Nationalité :		
Né(e) le / / à		
Etablissement scolaire fréquenté à la rentrée 2019 :		Classe :

Responsable légal 1

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Né(e) le / / à	
Nationalité :	
Téléphone 1 :	
Téléphone 2 :	
Mobile :	
N° Sécurité Sociale :	
N° Allocataire CAF :	
Profession :	
Société :	
Tél. Pro. :	
Tél. Pro. 2 :	
E-mail :	
Régime d'affiliation:	
Assurance :	
N° de police :	
Autorité Parentale : Oui / Non	

Responsable légal 2

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Né(e) le / / à	
Nationalité :	
Téléphone 1 :	
Téléphone 2 :	
Mobile :	
N° Sécurité Sociale :	
N° Allocataire CAF :	
Profession :	
Société :	
Tél. Pro. :	
Tél. Pro. 2 :	
E-mail :	
Régime d'affiliation:	
Assurance :	
N° de police :	
Autorité Parentale : Oui / Non	

Famille

Situation familiale :

Nbr d'enfants à charge :

Nom de l'enfant	Prénom de l'enfant	Ecole fréquentée

Médecin	Spécialité	Adresse	Téléphone	Ville

Régime Alimentaire	Commentaires

Notes Médicales

Antécédents Médicaux	Commentaires - Hospitalisation

Personnes à contacter en cas d'urgence

Personnes Autorisées à venir chercher l'enfant

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

.....

AUTORISE(NT) les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant sur présentation de leur pièce d'identité.

Nom et Prénom	Adresse	Téléphone	Lien de Parenté

L'enfant de dix ans et/ou en CM2 est autorisé à rentrer seul après l'activité : OUI √ NON

A -----, le ---/---/----

mention "Lu et Approuvé"
Signature des parents

Fiche des autorisations à compléter

AUTORISATIONS AUX SOINS

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

AUTORISE(NT) le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant

AUTORISE(NT) l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant

A _____ , le --/--/----

mention "Lu et Approuvé"
Signature des parents

AUTORISATION DE FILMER / PHOTOGRAPHER

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

.....
AUTORISE(NT) que mon enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par :

- La Structure elle-même (journal interne, ...)
- Le Service Communication de la ville.
- La Presse
- Le Site Internet, CD-ROM et autres supports informatiques de la structure

CERTIFIE(NT) que si je reçois/nous recevons les photos ou les films, à ne pas les utiliser à d'autres usages qu'un usage familial.

A _____ , le --/--/----

mention "Lu et Approuvé"
Signature des parents

AUTORISATION DE SORTIE

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

.....
AUTORISE(NT) mon enfant à participer à des sorties organisées par la structure.

A _____ , le --/--/----

mention "Lu et Approuvé"
Signature des parents

REGLEMENT INTERIEUR

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

.....
CERTIFIE(NT) avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et nous nous engageons à respecter toutes les clauses.

A _____ , le --/--/----

mention "Lu et Approuvé"
Signature des parents

