



Fenouillet
sur Canal et Garonne

DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS PÔLE SPORTS

ANNÉE SCOLAIRE 2021 – 2022 ☎ 06.84.92.41.01

Enfant

Nom : Classe (rentrée 2020-2021) :
Prénom : Date de naissance :

Parents

Père : **Mère :**
Nom : Nom :
Prénom : Prénom :
Téléphone domicile : Téléphone domicile :
Téléphone portable : Téléphone portable :
e-mail :@.....@.....

Employeur : Employeur :
Adresse : Adresse :
Tél : Tél :

Adresse principale :
Code postal : Ville :

N° de sécurité sociale :

N° allocataire CAF : (obligatoire pour la tarification au quotient familial)
(joindre la photocopie de la carte d'allocataire)

Votre enfant :

- est-il soumis à des restrictions alimentaires (alimentation sans porc, sans viande, autres) **OUI** **NON**

Si oui, précisez :

- suit-il un régime alimentaire ? **OUI** **NON**

Si oui, fournir un **Protocole d'Accueil Individualisé**, document à se procurer auprès des directrices d'école.

Autres précisions :

- Photocopie de l'attestation de sécurité sociale
- Photocopie de la carte mutuelle
- Photocopie de l'assurance extra-scolaire et responsabilité civile
- Photocopie des pages vaccination du carnet de santé
- Certificat médical d'aptitude à la pratique sportive

Pour la sécurité de vos enfants et pour l'organisation du Service, veuillez nous informer immédiatement et par écrit en cas de changements ou modifications des éléments renseignés ci-dessus.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES
PENDANT LES HEURES DE PRÉSENCE DE L'ENFANT AU PÔLE SPORTS

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé et joindre les photocopies des pages vaccination de l'enfant)

D.T.P. ou Tétravac ou Pentavac ou Hexavac :

votre enfant doit avoir eu 4 injections depuis sa naissance

OUI NON

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical de longue durée?

OUI NON

Si oui, joindre le **Protocole d'Accueil Individualisé** avec 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 donné sans ordonnance.

Attention, aucun médicament ne peut-être donné en cas de traitement de courte durée.

ALLERGIES

ASTHME OUI NON

MÉDICAMENTEUSE OUI NON

ALIMENTAIRE OUI NON

AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIES, ACCIDENTS, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RETRADUCTION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS A PRENDRE.

3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

L' ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DENTAIRE, ETC... PRÉCISEZ.

NOM DU MÉDECIN TRAITANT : TEL :

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

DÉCLARE avoir pris connaissance du règlement Intérieur du Pôle Sports, l'approuver dans son intégralité et autorise mon enfant à participer aux différentes Activités Physiques et Sportives proposées par l'équipe pédagogique.

Fait à Fenouillet, le

Lu et approuvé par le responsable légal

- J'autorise la mairie de Fenouillet à m'envoyer des informations dans la cadre des activités physiques et sportives.
- J'autorise la mairie de Fenouillet à photographier mon enfant et que son image puisse être diffusée sur les supports de communication de la ville (réseaux sociaux, site internet, journal municipal, etc.)

