



Fiches de Renseignements 2022

- Nom et prénom du jeune :
- Date de naissance :
- Lieu de naissance :

	Responsable 1	Responsable 2
Nom - Prénom		
Adresse (2, si garde alternée)		
Code Postal		
Commune		
Téléphone fixe		
Téléphone portable		
Téléphone professionnel		
Mail		
EN CAS D'URGENCE coordonnées et nom de la personne à contacter :		

Autorisation Parentale

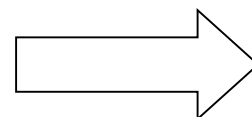
Je soussigné(e) _____ responsable de _____
donne l'autorisation aux animateurs (rices) de MAGIC DISC ANGERS:

- de transporter ou faire transporter mon enfant, pour les sorties, par d'autres parents, les animateurs (rices), les bénévoles du centre, en car en minibus ou en voiture.
- De prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaire par l'état de santé de mon enfant.

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> autorise | <input type="checkbox"/> n'autorise pas mon enfant à rentrer seul(e) après l'activité. |
| <input type="checkbox"/> autorise | <input type="checkbox"/> n'autorise pas mon enfant à être photographié. |
| <input type="checkbox"/> autorise | <input type="checkbox"/> n'autorise pas le MAGIC DISC ANGERS à utiliser les photos pour des supports de communication (presse, site, web, facebook...) |

DOCUMENT A FOURNIR : brevet de natation (25m)

A _____, le _____
Signature(s)





Fiche Sanitaire

1. VACCINATIONS :

date du dernier rappel : _____ date du dernier rappel : _____

<input type="checkbox"/> Diphtérie	}	_____	<input type="checkbox"/> B.C.G	_____
<input type="checkbox"/> Tétanos			<input type="checkbox"/> R.O.R	_____
<input type="checkbox"/> Poliomyélite				
<input type="checkbox"/> Coqueluche				
<input type="checkbox"/> Hépatite B				

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Nom et téléphone du médecin traitant : _____

Votre enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : entourez oui ou non

Rubéole	oui	non	Otite	oui	non
Rougeole	oui	non	Coqueluche	oui	non
Varicelle	oui	non	Oreillons	oui	non
Angine	oui	non	Rhumatisme articulaire aigu	oui	non
Scarlatine	oui	non			

L'enfant a-t-il des allergies ? Asthmes oui non Alimentaires oui non
Médicamenteuses oui non 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.

3. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

Votre enfant porte-il des lunettes, des prothèses dentaires ou autres (précisez) ?

4. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e) _____ responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : _____

Signature :

CHEMINEAU ROMAIN
Educateur sportif
Magic Disc Angers
5 rue guérin, 49100, Angers
06 09 20 96 46
magicdiscangers@gmail.com
www.magicdiscangers.com