



AUTORISATION PARENTALE

ANNEE : 2019/2020

Service Sport-Animation et vie associative

Parc Georges Spénale
81370 Saint-Sulpice

☎ 05 63 40 22 09 / 06 20 12 11 92

ZONE RÉSERVÉE AU SERVICE

Certificat Médical Code famille =>
Justificatif de domicile Carnet de vaccination
Livret de famille Attestation d'assurance

ENFANT :

NOM : PRÉNOM : SEXE : MASCULIN FÉMININ

DATE DE NAISSANCE :/...../..... ☎ PORTABLE (de l'adolescent) :

TAILLE : POINTURE : POIDS :

RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

Célibataire Divorcé(e)/Séparé(e) Marié(e)/Pacsé(e) Union libre Veuf (veuve)

Garde de l'enfant Mère // Père // Alternée //

Type de Facturation (si séparation) : Partagé // Seulement un parent : Autres

Mère : NOM de jeune fille : Autorité parentale : Oui Non

NOM marital Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

☎ Personnel : ☎ Portable : ☎ Travail :

Courriel :@.....

Père : NOM Prénom : Autorité parentale : Oui Non

Adresse :

Code postal : Ville :

☎ Personnel : ☎ Portable : ☎ Travail :

Courriel :@.....

AUTORISATIONS :

Autorisation de partir seul des structures, des lieux d'activités et des points de rendez-vous pour les activités, les sorties et les camps
OUI NON

Personne habilitée à venir chercher l'enfant ou à contacter en cas d'urgence :

Nom et Prénom : ☎ Personnel :

Nom et Prénom : ☎ Personnel :

Personne non autorisée à récupérer l'enfant :

➡ Tournez la page S.V.P

➤ J'autorise mon enfant à participer aux activités sportives du Service Sport Jeunesse et à utiliser les moyens de transport mis à disposition par la commune pour effectuer les différentes activités. OUI NON

➤ J'autorise les services de la Mairie à prendre des photographies de mon enfant qui pourront être utilisées uniquement pour les actions de communication de la Mairie (Presse, Publications, site Internet de la Mairie, diaporamas). OUI NON

➤ J'autorise le Service Sport Jeunesse à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence. En cas de maladie ou d'accident, l'enfant sera transporté par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté. OUI NON

➤ J'autorise le Service Sport Jeunesse à m'envoyer régulièrement par mail ou par courrier la programmation des activités physiques et sportives. OUI NON

INFORMATIONS MÉDICALES :

N° Sécurité sociale (couvrant l'enfant)

N° Allocataire CAF :

Nom du Médecin de famille : Ville ☎ :

Assurance : Nom compagnie..... N° Police

Observations particulières (traitement médical, difficultés de santé, régime alimentaire, allergies, baignade, énurésie, lunettes, appareil dentaire, sans viandes...) :

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

Mon enfant a déjà eu : (entourer la réponse)

La rubéole	OUI	NON	Angines	OUI	NON
La varicelle	OUI	NON	La scarlatine	OUI	NON
Des rhumatismes articulaires	OUI	NON	La coqueluche	OUI	NON
La rougeole	OUI	NON	Les oreillons	OUI	NON
Des otites	OUI	NON			

Autres

Note :

* Aucun médicament ne pourra être pris sans **ordonnance et accord écrit des parents** (médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice).

* Aucune allergie ou handicap ne peut être pris en compte sans le **dossier P.A.I** (Plan d'Accueil Individualisé).

Pour la mise en place de ce dossier : prendre contact avec le responsable du service Jeunesse et Sports

RÉSERVATIONS

LES RÉSERVATIONS SONT OBLIGATOIRES POUR TOUTES LES ACTIVITÉS ET LES SORTIES

PERMANENCES

LUNDI /MARDI/ MERCREDI / JEUDI /VENDREDI

À horaire d'ouverture publique

Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements et avoir pris connaissance du règlement intérieur du service qui me sera remis sur simple demande.

Fait à : le :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL :

Dossier à remettre au service des sports associations et vie associative