



ANIM'SPORTS DESVRES 2026

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ETAT CIVIL DE L'ENFANT :

NOM : PRENOM :

Né(e) le : à Sexe : M F

NOM et Prénom du Père :

Profession et employeur du Père :

Téléphone :

Adresse mail :

NOM et Prénom de la Mère (Nom de jeune fille) :

Profession et employeur de la mère :

Téléphone :

Adresse mail :

Situation de famille : Mariés , Divorcés , Concubins , Veuf , Veuve , Parent seul

ADRESSE :

Code Postal : VILLE :

N° DE TELEPHONE (Obligatoire) :

N° DE TELEPHONE (de l'enfant) :

N° Allocataire CAF (Obligatoire) :

Quotient Familial (Obligatoire) :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

. ETAT CIVIL DE L'ENFANT :

NOM : **PRENOM :**

Né(e) le : **à** **Sexe :** M F

. MEDECIN TRAITANT :

Dr..... exerçant à

. HOSPITALISATION :

En cas d'urgence, lieu d'hospitalisation souhaité :

. TRAITEMENT :

L'enfant suit-il un traitement pendant le jour ? oui / non

Si oui, le(s)quel(s) :

Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leurs emballages d'origines. *Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.*

. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Poliomyélite				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				BCG	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OTITE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME OUI NON ALIMENTAIRES OUI NON
MEDICAMENTS OUI NON AUTRES OUI NON

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir.....
.....

INDIQUEZ CI APRES :

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

.....
.....

Personne à prévenir :.....

Adresse :.....

Tél :.....

Observations du responsable :.....

.....

Je certifie que mon enfant ne présente aucun symptôme de maladie contagieuse et qu'il n'est pas atteint d'infection cutanée. J'ai pris bonne note que mon enfant est placé sous la responsabilité des personnels du service des sports uniquement durant sa présence effective et qu'il est placé sous ma propre responsabilité lorsqu'il quitte les activités ou les locaux du complexe sportif du Pilbois.

Date et signature des parents

I.P.N.S

AUTORISATIONS PERMANENTES

. Autorisations parentales :

Je soussigné(e), Madame, Monsieur _____
responsable légal de l'enfant _____ :

✓ Sorties extérieures

Autorise mon enfant à participer aux sorties organisées en dehors de l'accueil de loisirs et sportifs.

✓ Activités avec transport

Autorise mon enfant à participer aux activités spécifiques se déroulant à l'extérieur de l'accueil de loisirs et sportifs, y compris les déplacements en bus.

✓ Droit à l'image (usage interne)

Autorise l'équipe d'encadrement à prendre des photographies de mon enfant dans le cadre des activités organisées par l'accueil de loisirs.

✓ Droit à l'image (diffusion publique)

Autorise la diffusion des photographies de mon enfant :

- sur la page Facebook « Desvres en Sport »
- sur le site internet de la ville de Desvres
-

. Autorisation médicale :

Je soussigné(e), Madame, Monsieur _____,
responsable légal de l'enfant _____,

autorise le responsable de l'accueil de loisirs et sportif à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence, notamment à faire appel aux services de secours et à faire hospitaliser mon enfant si son état de santé le nécessite.