



N° adhérent :
Réservé à l'administration



Fiche de renseignements

ENFANT

NOM : _____ Prénom(s) : _____

Né(e) le : ___ / ___ / ____ Sexe : M F Certificat médical : Oui Non

PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Père _____ () Mère _____ ()

Référent(e) Nom : _____ Organisme : _____

PERSONNE(S) HABILE(E) A RECUPERER L'ENFANT : PERE MERE REFERENT(E) / AUTRE AUTORITE PARENTALE : OUI NON

Peut-il rentrer seul : Oui Non Nage-t-il : Oui Non A-t-il le brevet de natation : Oui Non Est-il assuré : Oui Non

Assurance : _____ Père Mère Autre : _____

N° de contrat : _____ Période de couverture : du ___ / ___ / ____ au ___ / ___ / ____

Mutuelle : _____ Père Mère N° mutuelle : _____

Autorisation d'intervention médicale : Oui Non Etablissement d'hospitalisation : Privé : Oui Non / Public : Oui Non

Etablissements Privés : Oui Non Clinique Saint-Martin / Polyclinique du Parc / Clinique de la Miséricorde

Etablissements Publics : Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU-CHU) : Oui Non Côte de Nacre / Clémenceau

Médecin traitant : _____ (Nom, prénom, ville) _____ (Téléphone)

Type de repas : Normal / Régime particulier le cas échéant : _____

Autorisation de filmer : Oui Non Autorisation d'utilisation du droit à l'image dans le cadre des photographies : Oui Non

Situation familiale des parents : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) Concubin(e) Pacsé(e)

RESPONSABLES LÉGAUX : (à compléter selon situation familiale indiquée ci-dessus)

AUTORITE PARENTALE

Père : NOM : _____ Prénom : _____ Oui Non

Adresse : _____ Code postal : _____

Commune : _____ : _____

Mère : NOM : _____ Prénom : _____ Oui Non

Adresse : _____ Code postal : _____

Commune : _____ : _____

() Père Mère () Père Mère

Caisse d'assurance maladie : CPAM / MSA N° Sécurité sociale : _____ Père Mère

Caisse d'affiliation prestations familiales : CAF / MSA N° Allocataire : _____ Père Mère

Sous tutelle financière : Oui Non Organisme de Tutelle, à compléter si oui : _____

Je (nous) soussigné(s) déclare(ons) exacts les renseignements notifiés ci-dessus.

Fait à Cuverville, le ___ / ___ / ____
Signature,