



Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Sexe :

Date de naissance :

Ecole :

Classe :

N° ADH :

Certificat médical :

Autorisation d'intervention médicale :

Médecin traitant :

Autorisation de rentrer seul :

Lieu d'hospitalisation :

Autorisation de transport en véhicule:

Type de repas :

Allergie repas:

Droit à l'image :

Personnes à prévenir en cas d'accident	Personnes habilitées à récupérer l'enfant
.....
.....
.....
.....

Dans le cadre de nos activités, nous pouvons être amenés à photographier et/ou à filmer votre enfant

J'autorise : OUI NON

Nom du responsable :

Né(e) le :

Prénom du responsable :

Situation familiale :

Email :

Adresse :

Complément adresse :

Ville :

Code postal :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

N° poste :

Codification :

Employeur :

Profession :

CAF :

N° CAF :

Régime :

Quotient :

NB parts :

Sous tutelle financière :

Organisme de tutelle :

PERE : Nom :

Prénom :

Né le :

Email :

Adresse :

Ville :

Quartier :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

N° poste :

N° de Sécu. :

Employeur :

Profession :

MERE : Nom :

Prénom :

Née le :

Email :

Adresse :

Ville :

Quartier :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

N° poste :

N° de Sécu. :

Employeur :

Profession :

Observations :

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus'et avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Fait à, le :/...../.....

Signature

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...
PRECISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :PRENOM :
ADRESSE PENDANT LE SEJOUR :
.....
TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :
NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT(facultatif).....

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

Date : Signature

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNEES DE LA STRUCTURE**

AGORA NICE-EST
2 PONT RENE COTY
06300 NICE

Tél. : 04 93 89 28 02 Fax : 04 93 89 76 75 Email : mjcagora.nice-est@wanadoo.fr

OBSERVATIONS

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