

## Informations administratives

### L'enfant :

NOM : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....  
Adresse : ..... Code Postal : ..... Ville : .....  
Ecole : ..... Classe : ..... Instituteur (trice) : .....

### Parent 1 : Représentant légal (payeur) :

Nom et Prénom : .....  
Tél : .....  
Email : .....@.....

### Parent 2 :

Nom et Prénom : .....  
Tél : .....  
Email : .....@.....

### Personnes à prévenir en cas d'urgence :

- Parent 1     Parent 2  
 Autre (préciser Nom-Prénom-Téléphone) : .....

### Autorisation :

- J'autorise le directeur du centre à prendre toutes les dispositions que nécessiterait l'état de santé de mon enfant.  
 Oui -  Non
- J'autorise mon enfant à participer aux sorties avec le centre de loisirs et à voyager en transport collectif si besoin (bus) et autorise le directeur du centre et toute personne mandatée par lui, à transporter mon enfant en voiture en cas de nécessité.  
 Oui -  Non
- Je certifie que mon enfant ne présente aucune contre-indication à la pratique des Activités Physiques et Sportive de loisirs.  
 Oui -  Non

### Droit à l'image :

J'autorise le service Jeunesse et Sport de la CCMR à photographier ou filmer mon enfant lors des activités à des fins de communication (plaquettes, articles dans la presse, site internet et réseaux sociaux).

Oui -  Non

### Informations régime et sécurité sociale

- Numéro de sécurité sociale de l'enfant : \_ \_ \_ \_ \_
- Caisse régime social :  CAF -  MSA -  Autre

Numéro : \_ \_ \_ \_ \_

## Informations sanitaires

### Vaccins :

	OBLIGATOIRE				RECOMMANDE		
	Oui	Non	Date dernier rappel		Oui	Non	Date dernier rappel
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/____	Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/____
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/____	R.O.R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/____
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/____	Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/____
Ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/____	B.C.G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/____
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/____	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/____
				Autre...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/____

### Informations médicales et alimentaire :

Rubéole     Varicelle     Coqueluche     Scarlatine     Otite     Angine     Oreillons     Rhumatisme     Rougeole

- Asthme :  Oui -  Non
- Allergies alimentaires :  Oui -  Non Précisez : \_\_\_\_\_
- Allergies médicamenteuses :  Oui -  Non Précisez : \_\_\_\_\_
- Autres allergies :  Oui -  Non Précisez : \_\_\_\_\_
- Recommandations particulières : (lentilles, lunettes, appareil auditif...) : \_\_\_\_\_

*Si l'enfant suit un traitement, précisez lequel : \_\_\_\_\_*

**N'oubliez pas de remettre les médicaments et une ordonnance au responsable.**

### Documents à joindre :

- Joindre une copie de l'attestation d'assurance en Responsabilité Civile dans le cadre des Activités Extrascolaires.
- Joindre une photocopie du carnet de vaccination.
- Attestation d'aisance aquatique.
- Certificat Médical de non contre-indication à la pratique des Activités Physiques et Sportives.

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature des parents, du représentant légal  
Ou de l'assistante familiale

Signature de l'enfant

(Précédée de la mention « lu et approuvée »)

(Précédée de la mention « lu et approuvée »)

# Certificat médical

Je soussigné(e) .....

Docteur en médecine, demeurant .....

Certifie avoir examiné l'enfant ..... Né(e) le .....

Et n'avoir constaté à ce jour aucun signe clinique apparent de maladie contagieuse, aiguë ou chronique, contre indiquant la vie en collectivité et la pratique des sports suivants.

Déclare l'enfant en règle avec les obligations vaccinales prévues par la loi.

<b>Rayer seulement les sports contre-indiqués</b>			
Aïkido	Equitation	Lutte	Course d'orientation
Athlétisme	Escalade	Natation	Cyclisme, VTT
Aviron	Escrime	Planche à voile	Marche, randonnée
Badminton	Frisbee	Plongée sous-marine	Acrobatie
Basket-ball	Golf	Pêche	Rugby
Bowling	G.R.S.	Raquettes à neige	Course à pied
Boxe	Hand-ball	Roller	Volley-ball
Canoë-kayak	Hockey	Ski	Squash
Canyoning	Base-ball	Spéléologie	Voile, surf
Catamaran	Judo	Tennis	Activités de cirque
Judo	Base-ball	Tennis de table	Trampoline
Tir à l'arc	Acrobranches	Karting	Football
Autres sports (à préciser) :			

Fait à ..... Le .....

**Cachet et signature du médecin**