

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## Coordonnées de l'enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance :     /     /     Age :    ans    n° tel de l'enfant :

---

## Coordonnées du responsable :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

→ Domicile : \_\_\_\_\_ → Portable : \_\_\_\_\_ → Travail : \_\_\_\_\_

---

## Autres personnes à contacter (optionnel) :

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_ → : \_\_\_\_\_

---

## Couverture sociale :

N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## **Fiche sanitaire :**

Vaccinations à jour :                      oui                      non

Problème de santé (si oui précisez) :    oui                      non

**J'autorise mon enfant :**                      oui                      non

- à participer à la sortie du **DIMANCHE 29 JUIN 2025** au parc d'Astérix, et autorise les responsables accompagnateurs à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident,
- **Autorise** les organisateurs et accompagnateurs désignés par la Mairie à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant (y compris une hospitalisation et/ou une intervention chirurgicale d'urgence) et à faire administrer les soins médicaux jugés indispensables par le corps médical.
- à regagner seul le domicile :    oui                      non
- à être photographié ou filmé :    oui                      non
- à être seul dans le parc :            oui                      non

Signature :