



Activités Sportives Vacances 10/13 ans 2018/2019

1 Photo
(Obligatoire)

ÉCOLE OU COLLÈGE FRÉQUENTÉ :

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Age : Fille Garçon

Adresse :

Tél. domicile :/...../..... N° Sécurité Sociale :/...../...../...../...../.....

Mail.....

RESPONSABLES LÉGAUX

Nom (Père ou autre) : Nom (Mère ou autre) :

Prénom : Prénom :

Adresse : Adresse :

Tél. domicile :/...../..... Tél. domicile :/...../.....

Tél. portable :/...../..... Tél. portable :/...../.....

Mail.....

Profession : Profession :

Adresse employeur : Adresse employeur :

Tél. travail :/...../..... Tél. travail :/...../.....

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (autre que les responsables légaux)

Nom et prénom : Téléphone :/...../.....

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant est-il sujet aux allergies ? Oui Non Si oui lesquelles ? :

Vaccination DTP ou Pentacoq (date du dernier rappel :/...../.....)

BCG : Dernier contrôle : Positif Négatif

J'autorise l'Éducateur Sportif de la ville de Saint-Ouen-sur-Seine à prendre en cas d'accident au cours de l'activité, toutes les mesures d'urgence en cas d'accident et si nécessaire, d'assurer son transfert à l'hôpital ou dans tout autre établissement de soins.

Oui Non

DROIT À L'IMAGE

J'autorise le Service Municipal des Sports à photographier, filmer mon enfant et d'utiliser les documents pour les expositions et les journaux de la ville.

Oui Non

Signature du responsable légal

(Précédée de la mention «lu et approuvé»)