

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ASSOCIATION SCOPE

ENFANT

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

.....

.....

DATE de NAISSANCE :

PARENT ou TUTEUR

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

.....

.....

N° de TELEPHONE :

Mail :

NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE :

ALLOCATAIRE CAF : (1)

- *n° d'allocataire* :

- *n° de quotient* :

MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE

- *n° d'allocataire* :

Votre enfant est-il porteur d'un handicap : OUI – NON

Si oui, êtes-vous éligible à une allocation spécifique : OUI - NON

Si oui laquelle :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, M., Mme

Autorise mon enfant (Nom, Prénom)

.....

A participer à toutes les sorties organisées par la SCOPE ainsi qu'aux baignades surveillées.

Autorise les responsables **titulaires de la carte professionnelle SCOPE** à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toutes interventions médicales d'urgences nécessaire suivant les prescriptions du médecin.

Et les autorise à repartir de l'hôpital avec mon enfant.

En outre, **j'autorise – je n'autorise pas** -* l'association S.C.O.O.P.E. à utiliser toutes photos représentant mon fils ma fille..... prises lors d'activités individuelles ou collectives et/ou lors de sorties proposées par la S.C.O.O.P.E. pour la réalisation du site Internet exclusivement.

Atteste avoir pris connaissance de la chartre de vie commune

(*) *Rayer la mention inutile*

DATE et SIGNATURE des parents ou tuteurs



(1) Fournir une attestation CAF pour justifier du quotient familial

Fiche sanitaire au dos →

FICHE SANITAIRE

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non

Si oui lequel :

ALLERGIES :

ASTHME oui non MEDICAMENTEUSE oui non
ALIMENTAIRE oui non AUTRES : _____

PRÉCISEZ TOUTES AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES
