


FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ASSOCIATION SCOPE

<u>ADHÉSION</u>	<u>ENFANT</u>	<u>PARENT OU TUTEUR</u>	<u>AUTORISATION PARENTALE</u>
2021	NOM :	NOM :	Je soussigné, M., Mme Autorise mon enfant (Nom, Prénom)
2022	PRENOM :	PRENOM :	A participer à toutes les sorties organisées par la SCOPE ainsi qu'aux baignades surveillées.
2023	ADRESSE :	ADRESSE :	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.
2024	DATE DE NAISSANCE :	N° de téléphone :	Et les autorise à repartir de l'hôpital avec mon enfant.
2025		Mail :	En outre, j'autorise – je n'autorise pas -* l'association S.C.O.O.PE. 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.PE. pour la réalisation du site Internet exclusivement.
2026		Nombre d'enfants à charge :	<input type="checkbox"/> Atteste avoir pris connaissance de la charte de vie commune
2027		ALLOCATAIRE CAF : (1) N° d'allocataire :	(*) <u>Rayer la mention inutile</u>
2028		N° de quotient :	DATE et SIGNATURE des parents ou tuteurs Fiche sanitaire au dos →
		MUTUALITE 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 :	
		(1) Fournir une attestation CAF pour Pour justifier du quotient familial	

FICHE SANITAIRE

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

L'association SCOPE se dégage de toute responsabilité en cas d'informations importantes non divulguées concernant l'état de santé de votre enfant, et pouvant mettre en péril la sécurité de votre enfant, des salariés et/ou toutes autres personnes accueillis dans le cadre de l'association.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Si oui lequel :

ALLERGIES :

ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSE oui non

ALIMENTAIRE oui non AUTRES : _____

PRÉCISEZ TOUTES AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES
