

UNION SPORTIVE DE VERN
7 A avenue de la Chalotais
35770 VERN SUR SEICHE
☎ 02 99 00 44 87

Fiche de renseignement 2020-2021

FICHE SANITAIRE

⇒ RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE MINEUR :

Nom	Prénom
Né(e) le	Sexe : M F
Poids :	Taille :
<i>(Informations nécessaires en cas d'urgence)</i>	

PERE	<i>Merci de bien vouloir écrire en lettre majuscule</i>
Nom, Prénom	Tél.
Adresse	
E-mail :	
Entreprise :	Tél.

MERE	<i>Merci de bien vouloir écrire en lettre majuscule</i>
Nom, Prénom	Tél.
Adresse	
E-mail :	
Entreprise :	Tél.

⇒ PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE BESOIN

Nom	Tél.
-----	------

⇒ ALLOCATIONS FAMILIALES (Renseignements indispensables)

Régime général (CAF) N°	MSA
-------------------------	-----

J'autorise n'autorise pas l'US Vern à prendre les enseignements nécessaire à la tarification de l'activité ALSH auprès du service CafPro mis à disposition par la Caisse d'Allocations Familiales

** Il est de vptre intérêt de souscrire un contrat d'assurance pour votre enfant.*

⇒ ALLOCATIONS FAMILIALES (Renseignements indispensables)

Je soussigne _____ représentant légal de _____ autorise n'autorise pas l'US VERN à publier des photo de mon (mes) enfant(s) prises dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs, exclusivement dans les outils de communication de l'association et dans des articles de presse rédigés liés à cette activité.

⇒ VACCINATIONS (Fournir photocopie des vaccinations du carnet de santé)

VACCINS OBLICTOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

⇒ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant a-t-il eu déjà les maladies suivantes (répondre oui ou non) :		
Varicelle	Coqueluche	Rubéole
Oreillons	Rougeole	Scarlatine
Angine	Rhumatismes	Otites
Asthme		

Suit-il un **traitement médical** ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice**)

ALLERGIES :	ALIMENTAIRES	oui	non
	MEDICAMENTEUSES	oui	non
	AUTRES (animaux, plantes, pollen)	oui	non

Médecin traitant : _____ ☎

Je soussigne, _____, représentant légal (père, mère, tuteur), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du Centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date

Signature
(Précédée de la mention «Lu et approuvé»)

En soumettant ce formulaire, j'accepte que les informations saisies dans ce formulaires soient utilisées, exploitées, traitées pour permettre de me recontacter. Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, vous pouvez envoyer un mail à l'adresse usver35@gmail.com