

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
A compléter par les parents et à remettre
au Syndicat Intercommunal de la Vallée de la Scarpe



Enfant inscrit : NOM _____ Prénom _____

Date de naissance _____

ADRESSE : _____

Téléphone _____

Nom et Prénom du Père : _____


Nom et Prénom de la Mère : _____

EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT

Où pourrait-on vous avertir et à quel moment de la journée

- à votre domicile ?  _____

- Ailleurs ?  _____

Nom de la personne à contacter _____  _____
(en cas d'absence).

Nom de votre Médecin Traitant : _____  _____

S'il y avait une urgence accepteriez-vous que votre enfant soit transporté à l'hôpital le plus proche ? OUI
NON (1)

Vous engageriez vous à couvrir les frais médicaux ? OUI NON

Votre enfant présente-t-il des contre-indications médicales ? OUI NON
Si OUI lesquelles ? _____

Votre enfant présente-t-il des allergies alimentaires ou médicamenteuses ? OUI
NON
Si OUI lesquelles ? _____

Votre enfant est-il hémophile ? OUI NON
asthmatique ? OUI NON

Votre enfant suit-il un régime spécial ? OUI NON
Si OUI précisez lequel _____

Votre enfant peut-il pratiquer tous les sports ? OUI NON
Si NON précisez le ou lequel(s): _____

Le _____ Signature des parents : (1) Barrer les mentions inutiles

