# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

# ASSOCIATION SCOOPE

## ADHÉSION

2024

2025

2026

2027

2028

2029

2030

2031

## ENFANT

NOM :.....

PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....

.....

DATE DE NAISSANCE : .....

Chemin vert : ☐

Hauts Quartiers : ☐

Bagneux : ☐

St Lambert des levées : ☐

Association Sport Culture Ouverture Orientation PÉdagogique

## PARENT OU TUTEUR

NOM :.....

PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....

.....

N° de téléphone : .....

.....

Mail : .....

Nombre d'enfants à charge : .....

**ALLOCATAIRE CAF : (1)**

N° d'allocataire : .....

N° de quotient : .....

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

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, M., Mme ……..

Autorise mon enfant (Nom, Prénom)

……

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

Autorise les responsables « **titulaires de la carte professionnelle SCOOPE** » 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.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.

☐ **Atteste avoir pris connaissance de la charte de vie commune**

(*) *Rayer la mention inutile*

**DATE et SIGNATURE des parents ou tuteurs**

Fiche sanitaire au dos

# FICHE SANITAIRE

**1 – ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____/_____/_____

L'association SCOOPE 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.

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

**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**

_____
_____
_____
_____
_____