



**Office des Sports Cantonal
"Le Sel de Bretagne"**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS NECESSAIRES AUX ANIMATIONS
SPORTIVES DE L'OSC LE SEL DE BRETAGNE**

ANNEE 2010 / 2011

**Cette fiche n'est remplie qu'une seule fois pour l'ensemble des
animations de l'office auxquelles votre enfant participe pour la saison
2010 / 2011**

IDENTITE DE L'ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : / / Sexe : M F

Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Code Postal : Ville : _____

IDENTITE DES PARENTS (OU RESPONSABLE LEGAL)

	Mère	Père
Nom :	_____	_____
Prénom :	_____	_____
Tél. Domicile :	_____	_____
Travail	_____	_____
Portable	_____	_____
Courriel	_____	_____

ENCART ALLOCATIONS FAMILIALES

*** ces informations sont essentielles pour justifier du reversement de la subvention de la CAF à l'Office

Numéro Allocataire CAF : _____ / _____
 Régime général ou fonctionnaire
 Régime agricole
 Régime autre :

Personne(s) à contacter en cas d'urgence en cas d'impossibilité de vous joindre :

Nom : _____ Tél : _____
Nom : _____ Tél : _____
Nom : _____ Tél : _____

DROIT A L'IMAGE — Autorisation photo et site internet (*rayez la mention inutile*)

Mr ou Mme autorise / n'autorise pas l'office Cantonal des sports du Sel de Bretagne à faire figurer sur le site internet du de l'office ou les différents support de communication des communes du Canton du Sel de Bretagne les photos concernant mon enfant cité ci-dessus

FICHE SANITAIRE

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<u>Ou</u> DT polio				Autres (préciser)	
<u>Ou</u> Tétracoq					
BCG					

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (*rayez la mention inutile*)

Varicelle	oui	non
Rubéole	oui	non
Coqueluche	oui	non
Oreillons	oui	non
Rougeole	oui	non

Angines	oui	non
Rhumatismes	oui	non
Otites	oui	non
Asthme	oui	non
Scarlatine	oui	non

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, Rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....

.....

.....

Recommandations des parents et traitements éventuels en cours :

(fournir ordonnance pour administration de médicaments)

.....

.....

.....

Nom et Tél du Médecin Traitant

Nom : _____ **Tél :** _____

Je, soussigné, M....., 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.

Numéro de sécu obligatoire en cas d'urgence :
(ou autres régimes):

Date :

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