

# Commune de Salles-sur-Mer

**Nom :** ..... **Prénom :** .....  
né(e) le ..... à .....  
Classe : ..... Ecole : .....  
Régime d'appartenance (CAF, MSA, AUTRES) : ..... N° Allocataire : .....

## Responsables

**Nom :** .....  
**Prénom :** .....  
Adresse : .....  
Ville : .....  
Tel Personnel : .....  
Tel Portable : .....  
Email : .....  
Profession : .....  
Employeur : .....  
Tel Bureau : .....  
Situation matrimoniale : .....  
Parenté : .....  
**Droit de prise en charge : Oui / Non**

**Nom :** .....  
**Prénom :** .....  
Adresse : .....  
Ville : .....  
Tel Personnel : .....  
Tel Portable : .....  
Email : .....  
Profession : .....  
Employeur : .....  
Tel Bureau : .....  
Situation matrimoniale : .....  
Parenté : .....  
**Droit de prise en charge : Oui / Non**

## Fiche Sanitaire

Certificat médical à joindre **OBLIGATOIREMENT** pour toute allergie et asthme.

Médecin : ....., Tel Médecin : .....  
Allergie alimentaire : .....  
Allergie médicamenteuse : .....  
Asthme : .....  
Vaccins : .....  
Traitement en cours : .....  
Observations : .....  
Antécédents médicaux : .....  
Autres recommandations (port de lunettes, lentilles, prothèses auditives/dentaires....) : .....

## Délégués

Nom Prénom	Coordonnées	Parenté	Prise en charge	Contacteur en cas d'urgence

--	--	--	--	--

## Autorisations

---

Droit à l'image : .....

Autorisation à rentrer seul(e) : .....

Participer à toutes les activités : .....

J'autorise l'utilisation de mon adresse email pour l'envoi de :  Informations

## Mutuelle et Responsabilité civile

Fournir les attestations lors de l'inscription.

---

Mutuelle : ..... N° .....

Responsabilité civile : ..... N° .....

Fait à ..... le .....

### Les responsables de l'enfant

*« Atteste(nt) de l'exactitude des informations portées sur ce document ainsi que d'avoir pris connaissance du règlement intérieur et s'engage(nt) à nous prévenir en cas de changement d'une ou plusieurs informations contenues dans cette présente fiche. »*

### Pour l'établissement