ufolep
TOUS LES SPORTS AUTREMENT
YVELINES

STAGE SPORTIF
DU 20 AU 27 avril 2019

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Photo

Nom et prénom de l'enfant : _____
Adresse du domicile : _____
_____
Code postal |__|__|__|__|__| Ville : _____

Si l'enfant possède un 📱 : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT (fournis par les parents)
Sexe : M☐ F☐ Taille : _____ Poids : _____
Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|
Lieu de naissance : _____

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Typhoïde	Oui - Non (1)	Scarlatine	Oui - Non
Diphtérie	Oui - Non (1)	Coqueluche	Oui - Non
Otite	Oui - Non (1)	Asthme	Oui - Non
Rougeole	Oui - Non (1)	Oreillons	Oui - Non
Rhumatisme	Oui - Non (1)		

Interventions chirurgicales subies :
Interventions : _____ *Dates :* |__|__| |__|__| |__|__|
_____ |__|__| |__|__| |__|__|
_____ |__|__| |__|__| |__|__|
_____ |__|__| |__|__| |__|__|

Autres renseignements concernant la santé de votre enfant (pour les porteurs de lunettes, préciser la référence des verres) : _____

Indiquer l'année des vaccinations et injections de sérum :

Vaccin contre la variole	Oui - Non
Vaccin contre la diphtérie-tétanos	Oui - Non
Vaccin contre la diphtérie-tétanos-typhoïde	Oui - Non
Vaccination par le B. C. G.	Oui - Non
Vaccin anti-polio	Oui - Non
Sérum antitétanique	Oui - Non
Sérum anti-diphtérique	Oui - Non

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?	Oui - Non
Incontinence d'urine ?	Oui - Non
Régime alimentaire ? (si oui préciser)	Oui - Non
L'enfant a-t-il déjà été victime de fracture(s) ?	Oui - Non

Si oui, date et nature de la lésion : _____
L'enfant est-il actuellement en traitement ? Oui - Non
(si oui joindre obligatoirement l'ordonnance)

Fédération sportive de la ligue de l'enseignement
un avenir par l'éducation populaire

Union Française des Œuvres Laïques d'Éducation Physique des Yvelines
380 avenue des Sablons – 78370 PLAISIR - Tél. 01 30 54 71 53 – Fax 09 55 27 80 78 - www.ufolep78.org
Association régie par la loi du 1er juillet 1901 - N° SIRET 35233487400026 Code APE 9312 Z

ufolep
TOUS LES SPORTS AUTREMENT
YVELINES

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

Nom et prénom du chef de famille (ou tuteur): _____
Adresse : _____
Code postal |__|__|__|__|__| Ville : _____
✉ : _____@_____

Numéro de téléphone (indiquer le n° de téléphone où l'on peut vous contacter en cas d'urgence) :
☎ : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| 📱 : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

Profession du père: _____
Employeur :
Nom : _____
Adresse : _____
Code postal |__|__|__|__|__| Ville : _____
✉ : _____@_____
☎ : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| Poste ou Service : _____

Profession de la mère : _____
Employeur :
Nom : _____
Adresse : _____
Code postal |__|__|__|__|__| Ville : _____
✉ : _____@_____
☎ : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| Poste ou Service : _____

LES ASSURANCES

Votre enfant est-il assuré à l'école ? Oui - Non (1)
Par M. A. E. - Attestation n° : _____
Autre compagnie - Nom et n° : _____

IMPORTANT

En cas d'accident, notre assureur ne vous remboursera que la somme qui sera restée à votre charge après l'intervention de tous les organismes de sécurité ou de prévention auxquels vous êtes affiliés.

Veuillez nous indiquer :

- Sécurité Sociale : n°|__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|
  Caisse _____
- Mutuelle : n°|__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|
  Caisse _____
- Caisse chirurgicale : n°|__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|
  Caisse _____
- Autre caisse : n°|__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|
  Caisse _____

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)_____ père, mère, tuteur(trice), responsable de l'enfant _____ :

* autorise le responsable du stage ou encore un des cadres du stage, à faire soigner mon enfant, et à faire pratiquer toute intervention, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.

  * m'engage à payer la part des frais du séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels.

A _____ le _____

Signature : (*)

AUCUN ENFANT NE POURRA PARTICIPER SANS CETTE AUTORISATION

* Faire précéder la signature de la mention *« Lu, approuvé et bon pour pouvoir ».*