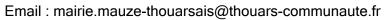
MAIRIE DE MAUZE THOUARSAIS

3 place de la Mairie Tél. : 05 49 96 64 13





Nom, prénom de l'enfant			Né(e) le :	
Adhésion le :			Sexe: M F	
L'enfant sait-il nager ?	oui 🗆 No	N Piscine autoris	sée: OUI 🗆 NON 🗖	
Allergies :				
Recommandations des parents :				
Photocopie du carnet d	de vaccination o	bligatoire		
PARENTS DE L'ENFANT				
	Mère	Responsable de l'enfant	Père Responsable de l'enfant	
Nom, Prénom :		Respondence de l'emant	Reopendable de l'emain	
Adresse du domicile :				
Date de naissance :				
Tél. Domicile/Portable :				
Tél. Professionnel :				
Courriel :				
Nom et adresse de factura	ation :			
Personnes à joindre en ca	as d'urgence (Nom	+Téléphone) :		
N° Allocataire C.A.F. :		Régime soci	al:	
C.A.F. d'appartenance :	CAF DES DEUX	SEVRES Autre C.A.F.		
Famille : NOM ET ADRESSE DES E	Parentale MPLOYEURS	Monoparentale 🗆	Recomposée 🗆 Accueil 🗖	
		Mère	Père	
Nom employeur :				
Adresse de l'employeur :				
Téléphone Travail :				
Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance extrascolaire				
Nom de la compagnie :				
J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités OUI NON				
l'autorice mon enfant à rent	rar caul à la fin dac :	activites Oll I NON		
Si Non, nom de la ou des	personnes suscep	otibles de venir chercher mon e	enfant	
			enfant Adresse	
Si Non, nom de la ou des	personnes suscep	otibles de venir chercher mon e		
Si Non, nom de la ou des	personnes suscep	otibles de venir chercher mon e		
Si Non, nom de la ou des	personnes suscep	otibles de venir chercher mon e		
Si Non, nom de la ou des Nom/Prénom	Lien de parenté	otibles de venir chercher mon e N°Téléphone		
Si Non, nom de la ou des Nom/Prénom	Lien de parenté Lien de parenté dent, j'autorise les	ntibles de venir chercher mon e N°Téléphone responsables de la structure à	Adresse	
Si Non, nom de la ou des Nom/Prénom En cas d'accident ou incid pour la sécurité, la santé e	Lien de parenté Lien de parenté dent, j'autorise les ret la moralité de m	N°Téléphone N°Téléphone responsables de la structure à on enfant	Adresse	
Si Non, nom de la ou des Nom/Prénom En cas d'accident ou incid pour la sécurité, la santé e Pendant les activités, j'autori d'archives.	Lien de parenté dent, j'autorise les ret la moralité de misse le personnel de l	responsables de la structure à on enfant	Adresse prendre toutes les mesures nécessaires	
Nom/Prénom En cas d'accident ou incide pour la sécurité, la santé en Pendant les activités, j'autori d'archives. J'autorise le personnel de la nouveau média, affiches)	Lien de parenté dent, j'autorise les le la moralité de moise le personnel de la Mairie à utiliser ces	responsables de la structure à on enfant la Mairie à photographier et/ou à fi OUI NON Supports pour sa promotion et so	prendre toutes les mesures nécessaires illmer mon enfant pour la création de souvenirs et	
Nom/Prénom En cas d'accident ou incide pour la sécurité, la santé en Pendant les activités, j'autori d'archives. J'autorise le personnel de la nouveau média, affiches) Médecin traitant Nom:	Lien de parenté dent, j'autorise les ret la moralité de maise le personnel de la Mairie à utiliser ces	responsables de la structure à on enfant la Mairie à photographier et/ou à fi OUI NON Supports pour sa promotion et so	prendre toutes les mesures nécessaires ilmer mon enfant pour la création de souvenirs et on information (presse et journaux locaux, Téléphone	

✓ L'enfant est il bénéficiaire de l'AEEH ou d'un PAI? oui □ non □
Renseignements médicaux concernant l'enfant
L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour? oui \square non \square Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Boîtes de médicaments, dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant avec la notice) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance
Maladies contractées par l'enfant:
Rubéole: oui □ non □ Varicelle: oui □ non □
Angine: oui □ non □ Rhumatisme articulaire aïgu: oui □ non □
Scarlatine: oui □ non □ Coqueluche: oui □ non □
Otite: oui □ non □ Rougeole: oui □ non □
Oreillons: oui □ non □
Allergies:
Asthme: oui □ non □
Alimentaires: oui □ non □
Médicamenteuses: oui □ non □
Autres: oui □ non □
Précisez la cause et la conduite à tenir (si automédication le signaler)
Préciser les difficultés de santé particulières et les précautions à prendre :

.....

Votre enfant est il sujet au somnanbulisme (important pour les minis-camps) $oui \ \square$ $non \ \square$

Recommandations utiles des parents:

Votre enfant porte t'il des lunettes, des lentilles, des prothèses, etc?