



# FICHE DE RENSEIGNEMENT SAISON 2022/2023

Emilie SIMON : 06.72.83.43.25

Jonathan DELPORTE: 06.27.63.20.09

Tel fixe : 05.47.79.67.46

3 avenue de la Tour – Mairie – 33370 SALLEBOEUF

Mail : contact@association-tamtam.fr

Site internet : [www.association-tamtam.fr](http://www.association-tamtam.fr)

## ENFANT

Nom :

Prénom :

Sexe : F / M\*

Date de naissance : .... / .... / ....

Age à l'inscription :

Lieu de naissance :

Classe :           Ecole :

L'enfant sait-il nager ? Oui / Non\* (si oui fournir l'attestation d'aisance aquatique)

L'enfant sait-il faire du vélo ? Oui / Non\*

A-t'il un vélo ? Oui / Non\*

## RESPONSABLE(S) LEGAL (AUX) DE L'ENFANT

N° de sécurité sociale :

N° allocataire CAF :

Quotient familial :

Régime d'appartenance :       Régime général    MSA

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse postale :

Adresse postale :

E-mail :

E-mail :

J'accepte de recevoir les informations

Oui / Non\*

J'accepte de recevoir les informations

Oui / Non\*

Téléphone fixe : .. / .. / .. / .. / ..

Téléphone fixe : .. / .. / .. / .. / ..

Téléphone mobile : .. / .. / .. / .. / ..

Téléphone mobile : .. / .. / .. / .. / ..

Téléphone travail : .. / .. / .. / .. / ..

Téléphone travail : .. / .. / .. / .. / ..

Situation familiale : mariés, pacsés, vie maritale, divorcé, séparé, veuf(ve)\*

## ADHESION FAMILIALE

L'adhésion à l'association est familiale. Elle vous permet de participer aux différentes sorties et manifestations de l'association. Merci de remplir le formulaire ci-dessous.

### Parent 1

Civilité : Mlle / Mme / M

Nom :

Prénom :

Date de naissance : ... / ... / ...

Profession :

### Parent 2

Civilité : Mlle / Mme / M

Nom :

Prénom :

Date de naissance : ... / ... / ...

Profession :

## CHOISIR UN CRENEAU (INSCRIPTION A L'ANNEE) :

- EMS Mercredi 10h30/12h (CP-CM2)       EMS Samedi 10h30/12h00 Salleboeuf (CP-CM2)
- Baby'sport Mercredi 9h/10h Salleboeuf       Baby'sport Samedi 9h/10h Pompignac
- EMS Mercredi 14h/15h30 Salleboeuf (GS-CP)
- Sports Vacances / Séjour

## AUTORISATION PARENTALE

- Autorisez-vous votre enfant à partir seul ? **Oui / Non\***
- Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

**Nom et prénom :** **Tel :** ... / ... / ... / ... / ...

**Nom et prénom :** **Tel :** ... / ... / ... / ... / ...

- Autorisez-vous votre enfant à se déplacer dans les véhicules suivants:

- ✓ Minibus conduit par un animateur le bus de l'association ou celui de la commune **Oui / Non\***
- ✓ Grand bus privé **Oui / Non\***

### DROIT A L'IMAGE

J'autorise l'association Tam-Tam, ainsi que nos partenaires institutionnels à utiliser les images de mon enfant en illustration dans les supports de communication "petite enfance et jeunesse", Médias et Site internet de l'association sans limitation de durée.

Aucune information rendant l'enfant et sa famille identifiable ne sera divulguée. **OUI / NON\***

### DOCUMENTS A FOURNIR

- ✓ fiche de renseignement complétée
- ✓ certificat médical (aptitude à pratiquer les activités multisports)
- ✓ fiche sanitaire de liaison + photocopie des vaccins
- ✓ attestation d'aisance aquatique (s'il n'a pas été remis)
- ✓ attestation CAF ou MSA

#### Deux chèques : au nom de l'association Tam Tam

- 1) règlement de l'adhésion annuelle familiale (20€)
- 2) règlement cotisation (à cocher) :

1 fois       2 fois       3 fois

Les 2 parents détenteurs de l'exercice de l'autorité parentale doivent signer la fiche.

En l'absence d'une des deux signatures, les documents juridiques précisant que l'autorité parentale est exclusivement exercée par l'un des parents, doivent être fournis.

A \_\_\_\_\_, le ... / ... / ...

Lu et approuvé (signature des parents)

\* rayer les mentions inutiles



Commune de  
**SALLEBOEUF**





# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022/2023

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LES ACTIVITES DE L'ENFANT.

## Enfant

Nom : Prénom : Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexe : Fille / Garçon

Personne à prévenir en cas d'urgence téléphone(s) : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ou \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ou \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

N° de sécurité sociale de l'enfant :

## I) VACCINATIONS

(Joindre la photocopie du carnet de vaccination ou un certificat médical de vaccination)

Date de la dernière injection du Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite (obligatoire) :

Mon enfant présente une /des contre-indication(s) médicale(s) à la vaccination contre la Diphtérie et/ou la Poliomyélite. (Joindre le certificat de contre-indication ; la vaccination antitétanique ne présente aucune contre indication)

## II) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ? (rayer mention inutile)

Rubéole : oui / non Varicelle : oui / non Angine oui / non Rhumatisme articulaire aigu : oui / non

Scarlatine : oui / non Coqueluche : oui / non Otite : oui / non Rougeole : oui / non Oreillons oui / non

## ALLERGIES

.....  
.....

**DIFFICULTES DE SANTE** (Précisez si l'enfant connaît des difficultés de santé (maladie, accident, opération, hospitalisation...) en précisant les dates et les précautions à prendre) :

.....  
.....

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES** (ports de lunettes, appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant...)

.....  
.....

**Avez-vous un P.A.I. (Protocole d'Accueil Individualisé) au sein de l'école de votre enfant ?**

Non / Oui, mis en place le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

**Médicaments** : Aucun médicament ne pourra être donné à votre enfant, sauf sur présentation de l'ordonnance d'un médecin. Dans ce cas, les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation et l'ordonnance du médecin. Les nom et prénom de l'enfant devront être inscrits sur l'emballage

**En cas d'urgence** : Votre enfant sera orienté et transporté par les services de secours d'urgence, vers l'hôpital le mieux adapté. Une personne de l'équipe d'animation accompagnera votre enfant. Vous en serez prévenu dans les meilleurs délais. Le médecin décidera si nécessaire de pratiquer tous les soins indispensables.

FAIT LE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ A : \_\_\_\_\_

**SIGNATURE des parents ou responsables légaux de l'enfant**