



# Dossier Ecole de Sport



Bassin de vie de  
Plouzévéde - Saint Vougay - Trézilidé

## RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

## RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

### Père

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

29..... Com : .....

Tel dom : .....

Tel port : .....

@ : .....

### Mère

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

29..... Com : .....

Tel dom : .....

Tel port : .....

@ : .....

### VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
ou DT Polio			
ou Tetracoq			

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes

Maladies	Oui	Non	Maladies	Oui	Non
Rubéole			Coqueluche		
Varicelle			Otite		
Angine			Rougeole		
Scarlatine			Oreillons		
Rhumatisme articulaire aigu					

Votre enfant a-t-il de l'asthme ?     Oui     Non

Conduite à tenir : .....

.....

### **Votre enfant a-t-il eu des difficultés des santé ?**

Maladie, accident, hospitalisation, opération, etc.

Préciser : .....

.....

### AUTORISATIONS PARENTALES

> Mon enfant est apte à la pratique des activités physiques et sportives proposées à l'école de sport.

> J'autorise les prises de photos / vidéos de mon enfant et leur diffusion sur des supports (Site Internet, etc.)

> J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Je soussigné, .....

responsable de légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements mentionnés sur cette fiche.

**Date**

**Signature**

Le : .....