



**ACTION SPORT QUARTIER
FICHE DE RENSEIGNEMENT
ANNÉE SCOLAIRE 2026/2027**

L'ENFANT :

NOM.....PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE...../...../.....

LIEU DE NAISSANCE.....

SAIT NAGER OUI NON (entourer la bonne réponse)

ECOLE.....

CLASSE..... ENSEIGNANT.....

ADRESSE.....

CODE POSTAL.....VILLE.....

Responsable légal 1 : ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Autre (précisez).....

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe :

Téléphone portable (obligatoire) :

Adresse Mail (obligatoire) :

Responsable légal 2 : ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Autre (précisez).....

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe :

Téléphone portable (obligatoire) :

Adresse Mail :

Comment mon enfant vient et rentre du sport quartier :

il vient seul ☐ ; il vient accompagné ☐ ; il repart seul ☐ ; il repart accompagné ☐

FICHE SANITAIRE

Nom du médecin traitant :

Téléphone :

Allergies

➤ Asthme : oui ☐ non ☐ A sa Ventoline sur lui et se gère seul : oui ☐ non ☐

Précisions (type d'asthme, auto-médication, conduite à tenir en cas de crise, etc) :

.....

➤ Autres allergies : oui ☐ non ☐

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....

Recommandations utiles (*difficultés de santé, traitements, précautions, lunettes/lentilles, régime particulier, PAI, comportement...*) :

.....

.....

Je soussigné.....responsable légal de
l'enfant..... :

- Atteste l'exactitude des renseignements et informations transmises et m'engage à signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur cette fiche auprès de Julien Descoubes
- Autorise mon fils / ma fille à participer aux activités sportives organisées par la ville de Cognac dans le cadre de l'action sport quartier
- Autorise mon fils / ma fille à être transporté(e) en bus dans le cadre de l'action sport quartier
- Certifie que mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires ou dans le cas contraire, m'engage à fournir un certificat médical de contre-indication à ces vaccinations
- Autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (Traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) et à le faire transporter à l'hôpital en cas de besoin.
- Autorise les éducateurs à prendre en photos mon enfant dans le cadre de l'action sport quartier

Responsable légal 1

Nom et Prénom du signataire

.....

Date :/...../.....

Signature

Responsable légal 2

Nom et Prénom du signataire

.....

Date :/...../.....

Signature