



# FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

## Bénéficiaires

Reçue le :

A retourner à votre antenne CMCAS, 213, Chemin de la Cassine, 73200 Albertville.

Pour tout renseignement le 04 50 10 71 80 ou 06 08 93 05 67

par mail avec **Objet précisé : Samedi neige aux Saisies** à [cmcas-030.accueilbeneficiaires@asmeq.org](mailto:cmcas-030.accueilbeneficiaires@asmeq.org)

### HIVER 2024

### SAMEDI NEIGE AUX SAISIES

**➔ A REMPLIR OBLIGATOIREMENT LORS DE L'INSCRIPTION et NOUS JOINDRE LA PHOTOCOPIE DE SON ASSURANCE.**

#### RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....  **Ayant-droit**

Adresse : .....

#### Personnes à prévenir en cas de nécessité (préciser père, mère, tuteur) :

NOM..... Prénom..... Tél. : .....

NOM..... Prénom..... Tél. : .....

Adresse mail : .....@.....

#### LA SANTE

Je soussigné(e), (**père, mère ou tuteur légal de l'enfant**) .....

Autorise, en cas d'urgence, la CMCAS Pays de Savoie à prendre toutes dispositions utiles en vue de la mise en œuvre des traitements urgents (médicaux ou chirurgicaux) jugés nécessaires par le Médecin ou les équipes de secours intervenant sur le centre ou dans l'activité.

• Est-il à jour de toutes les vaccinations d'usage : BCG, DT POLIO, etc...  **OUI**  **NON**

• A-t-il des problèmes particuliers de santé, allergies ou contre-indications aux médicaments, si oui lesquels :

.....

• **Observations particulières :**

#### L'ASSURANCE SOUSCRITE PAR LA FAMILLE

Type d'assurance :  ANCAV SC (SAVATOU)

Licence FFS

Assurance extra-scolaire

Nom de l'assureur : .....

Référence du Contrat : .....

**ATTENTION ! L'équipe d'encadrement n'est pas habilitée pour régler le matériel des enfants. Celui-ci devra donc être en parfait état de fonctionnement.**

Signature des parents :

Fait à : ..... Le : .....