



Établissement scolaire SAINT MICHEL de SAINT MANDE  
10 Ter rue Jeanne d'Arc – Accueil : 0143747952

Responsable de la passerelle Primaire / Sixième : Mme FAUCONNIER [yfauconnier@smpicpus.fr](mailto:yfauconnier@smpicpus.fr)  
Coordinatrice EPS : Mme DE SOUSA [sdesousa@smpicpus.fr](mailto:sdesousa@smpicpus.fr)  
Professeur d'EPS : M. FONTAINE : [cfontaine@smpicpus.fr](mailto:cfontaine@smpicpus.fr)

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS MULTISPORTS

Année scolaire : 2018/2019

Classe :

### ELEVE

NOM DE FAMILLE :	_____	Sexe :	M	F
Prénoms :	_____			
Né(e) le :	_____			
Adresse :	_____			
Code postal :	_____	Commune :	_____	

### RESPONSABLES LEGAUX

<b>MERE</b>				
NOM DE FAMILLE	_____	Autorité parentale :	oui	non
Prénom :	_____			
Adresse :	_____			
Code postal :	_____	Commune :	_____	
Profession :	_____	Lieu d'exercice :	_____	
Téléphone domicile :	_____	Téléphone portable :	_____	
Téléphone travail :	_____	Poste :	_____	
Courriel :	_____			

<b>PERE</b>				
NOM DE FAMILLE :	_____	Autorité parentale :	oui	non
Prénom :	_____			
Adresse :	_____			
Code postal :	_____	Commune :	_____	
Profession :	_____	Lieu d'exercice :	_____	
Téléphone domicile :	_____	Téléphone portable :	_____	
Téléphone travail :	_____	Poste :	_____	
Courriel :	_____			

<b>AUTRE RESPONSABLE LEGAL</b>	Autorité parentale : oui non			
Organisme :	_____			
Fonction :	_____			
Lien avec l'enfant :	_____			
Adresse :	_____			
Code postal :	_____	Commune :	_____	
Téléphone domicile :	_____	Téléphone portable :	_____	
Courriel :	_____			

**ASSURANCE DE L'ENFANT :**

Responsabilité civile : oui non

Individuelle accident : oui non

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

Numéro de police d'assurance : \_\_\_\_\_

**AUTORISATION** (ne pas cocher en cas de refus)

Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre des activités sportives.

**PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/ OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE**

NOM _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Lien avec l'enfant : _____
Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____
Téléphone travail : _____ Poste : _____
AUTORISE A PRENDRE L'ENFANT OUI NON
A APPELER EN CAS D'URGENCE OUI NON

NOM _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Lien avec l'enfant : _____
Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____
Téléphone travail : _____ Poste : _____
AUTORISE A PRENDRE L'ENFANT OUI NON
A APPELER EN CAS D'URGENCE OUI NON

NOM _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Lien avec l'enfant : _____
Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____
Téléphone travail : _____ Poste : _____
AUTORISE A PRENDRE L'ENFANT OUI NON
A APPELER EN CAS D'URGENCE OUI NON

**Joindre à ce document le règlement de 300 euros (chèque à l'ordre de l'association sportive Saint Michel).****PREMIERE SEANCE LE MERCREDI 26 SEPTEMBRE 2018 A 8H30 AU GYMNASSE DE L'ECOLE (l'entrée se fera par la porte du 10 ter rue Jeanne d'Arc)****Date et Signature des parents :**