



Club Nature choisi : Mayenne  Martigné-sur-Mayenne  Ernée  Mézangers

**ENFANT**

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Âge en sept. 2025 \_\_\_\_\_

Sexe \_\_\_\_\_

**PARENT 1** (ou autre personne responsable, préciser le lien avec l'enfant .....

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal / Ville \_\_\_\_\_

E-mail\* \_\_\_\_\_

Téléphone fixe \_\_\_\_\_

Portable \_\_\_\_\_

\* nous avons besoin d'une adresse email pour toutes nos correspondances. Veuillez l'indiquer si la personne sera en charge du suivi de l'enfant pour les activités de club nature.

**PARENT 2** (ou autre personne responsable, préciser le lien avec l'enfant .....

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal / Ville \_\_\_\_\_

E-mail\* \_\_\_\_\_

Téléphone fixe \_\_\_\_\_

Portable \_\_\_\_\_

\* nous avons besoin d'une adresse email pour toutes nos correspondances. Veuillez l'indiquer si la personne sera en charge du suivi de l'enfant pour les activités de club nature.

**AUTRES PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE**

Nom/Prénom \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Nom/Prénom \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Nom/Prénom \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

Médecin traitant \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Allergies particulières \_\_\_\_\_

Autres remarques d'ordre médical \_\_\_\_\_

**PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT**

Nom/Prénom \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Nom/Prénom \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Nom/Prénom \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

**AUTORISATIONS (cocher si acceptation)**

\* J'autorise l'animateur à prendre le cas échéant toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

\* Votre enfant sera photographié. J'autorise l'utilisation des photos dans le cadre de la communication du CPIE.

\* J'autorise les organisateurs à transporter mon enfant lors des activités du club.

**Cette fiche est à remettre signée, accompagnée d'une attestation individuelle d'accident.**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal(e) de  
l'enfant \_\_\_\_\_, déclare exact les informations portées sur cette fiche.

Fait à \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature :