

**RESPONSABLE 1 DE L'ENFANT/DU JEUNE**

NOM (lien avec l'enfant/le jeune)			
PRÉNOM			
ADRESSE			
TÉLÉPHONE			
COURRIEL :	J'accepte de recevoir les informations du Centre Social par mail OUI / NON		
RÉGIME SOCIAL : N°	CAF :	MSA :	AUTRE :
RESPONSABILITÉ CIVILE	Nom :	N°RC :	

**RESPONSABLE 2 DE L'ENFANT/DU JEUNE**

NOM (lien avec l'enfant/le jeune) :			
PRÉNOM			
ADRESSE			
TÉLÉPHONE			
COURRIEL :	J'accepte de recevoir les informations du Centre Social par mail OUI / NON		
RÉGIME SOCIAL : N°	CAF :	MSA :	AUTRE :
RESPONSABILITÉ CIVILE	Nom :	N°RC :	

**L'ENFANT/LE JEUNE**

NOM
PRÉNOM
DATE DE NAISSANCE
ÉTABLISSEMENT FRÉQUENTÉ
CLASSE (rentrée 2022)
NUMERO DE PORTABLE (s'il en possède un)

Je soussigné.e (Nom, Prénom, Qualité) :.....  
 responsable de l'enfant/du jeune (Nom, Prénom) :.....  
 déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable ou l'équipe d'animation :

- à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (contacter un médecin ou les services de secours, hospitalisation, intervention chirurgicale) **OUI / NON**
- à utiliser l'image de mon enfant pour la présentation et l'illustration de l'activité sur tous nos supports de communication (papier et numérique) **OUI / NON**

Mon enfant sait nager **OUI / NON**

Je l'autorise à se baigner **OUI / NON**

J'autorise (Nom, Prénom, Téléphone de la ou les personne(s) en dehors du responsable) :
à venir récupérer l'enfant/le jeune

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

### VACCINATIONS

	OUI/NON	Date rappel		OUI/NON	Date rappel
Méningocoque			Coqueluche		
Tétracocq (Diphtérie/Tétanos/Polio)					
BCG			Autres : (nés en 2018)		
Hépatite B			Haemophilis Type B		
Rubéole, Oreillon, Rougeole			Pneumocoque		

### ALLERGIES

	OUI/NON		OUI/NON
ASTHME		MÉDICAMENTEUSE	
ALIMENTAIRE		AUTRES :	

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

--

**Projet d'accueil individualisé (PAI) - L'enfant/le jeune a-t-il un PAI en cours ?** **OUI / NON**

**Si oui :** vous devez le déposer le PAI à l'accueil et demander un rdv avec la directrice de l'accueil de loisirs.

**MÉDECIN TRAITANT :** Nom :

Téléphone :

### MALADIES

	OUI/NON		OUI/NON		OUI/NON
Rubéole		Rougeole		Angine	
Coqueluche		Scarlatine		Otite	
Varicelle		Oreillons		Rhumatisme Articulaires Aigü	

### RECOMMANDATIONS IMPORTANTES DES PARENTS :

Port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, régime alimentaire spécial, diabolo....

--

Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'usage exclusif du Centre Social de Monein. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6.01.1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent en vous adressant à [accueil@centresocialmonein.fr](mailto:accueil@centresocialmonein.fr). Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement numérique des données personnelles et médicales vous concernant. Dans ce cas merci de nous en informer par mail.

DATE :

SIGNATURE (précédée de la mention « Lu et Approuvé »)