

L'ENFANT/LE JEUNE

Prénom et Nom :

Date de naissance :

Classe (rentrée 2023) : Etablissement scolaire :

N° de portable (s'il en possède un) :

Responsabilité civile - Nom de la compagnie et n° contrat de la famille :

Attestation de responsabilité civile à joindre obligatoirement à votre dossier !

RESPONSABLE 1 DE L'ENFANT / DU JEUNE

Prénom et Nom : Date de naissance :

Lien avec l'enfant / le jeune :

Adresse postale :

Mail : Téléphone :

J'accepte de recevoir les informations du Centre Social par mail OUI / NON

Régime et n° allocataire : CAF - n° MSA - n° Autre - n°

Attestation de quotient familial à joindre obligatoirement à votre dossier !

RESPONSABLE 2 DE L'ENFANT / DU JEUNE

Prénom et Nom : Date de naissance :

Lien avec l'enfant / le jeune :

Adresse postale :

Mail : Téléphone :

J'accepte de recevoir les informations du Centre Social par mail OUI / NON

Régime et n° allocataire : CAF - n° MSA - n° Autre - n°

Attestation de quotient familial à joindre obligatoirement à votre dossier !

AUTORISATIONS

Je soussigné.e (prénom, nom, qualité),

responsable de l'enfant/du jeune (Nom, Prénom)

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation :

- à emmener mon enfant aux sorties et utiliser les moyens de transports prévus OUI / NON
- 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 (prénom, nom & n° de téléphone de la ou les personne(s) en dehors du responsable) à venir récupérer l'enfant / le jeune :

.....
.....
.....

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

AAEH (allocation d'éducation de l'enfant handicapé) : bénéficiez vous pour votre enfant de l'AAEH ? Si oui, nous fournir le justificatif **OUI / NON**

VACCINATIONS : joindre obligatoirement la copie du carnet de santé (pages vaccination) !

	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 Articulaire 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. 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.