

### L'ENFANT/LE JEUNE

Prénom et Nom : .....

Date de naissance : .....

Classe (**rentrée 2024**) : ..... 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) !

### 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](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**