

N° CAF OU N° MSA.....

Quotient familial : _____ €

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom de l'enfant _____ Prénom _____

Date de naissance ____/____/____ Age ____ Sexe : Masculin / Féminin

Adresse _____

Code Postal : _____ Ville : _____

N° Sécurité Sociale _____

LE PERE (ou tuteur)	LA MERE (ou tuteur)
Nom _____	Nom _____
Prénom _____	Prénom _____
Date de naissance ____/____/____	Date de naissance ____/____/____
Adresse _____	Adresse _____
Code Postal _____	Code Postal _____
Ville _____	Ville _____
Téléphone _____	Téléphone _____
Portable _____	Portable _____
Profession _____	Profession _____
Tél professionnel _____	Tél professionnel _____
Situation familiale _____	Situation familiale _____

Pensez à nous communiquer tout changement de n° de téléphone ou d'adresse.

Autre personne à contacter en cas de besoin :

Nom _____ Prénom _____

Tél _____ Portable _____

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

VACCIN OBLIGATOIRE A LA VIE EN COLLECTIVITE

VACCINS OBLIGATOIRES	DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDES	DERNIER RAPPEL
Diphthérie		BCG	
Tétanos		ROR	
Poliomyélite		Hépatite B	
OU DT Polio		Coqueluche	
OU Tétracoq		Pneumocoque	

Si l'enfant n'est pas vacciné, quelle en est la raison ?
(en cas de contre-indication médicale, merci de fournir un justificatif)

RECOMMANDATIONS/ REGIME ALIMENTAIRE

--

PROBLEMES DE SANTE / Maladie, Accident, Allergie, Opération, etc.

NATURE	DATE
Nom du médecin traitant: _____ Tél : _____	
L'enfant suit-il un traitement médical ? si oui, joindre l'ordonnance	

Je, soussigné(e) _____, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour, à prendre toutes les mesures rendues nécessaires à l'enfant (hospitalisation, intervention chirurgicale, traitement médical...).

Signature

Date : _____ / _____ / 20__

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) Mr / Mme _____

Père - Mère - tuteur légal de _____

Cochez ci-dessous les mentions que vous approuvez :

J'atteste sur l'honneur que j'ai bien souscrit une police d'assurance complète responsabilité civile extra scolaire couvrant tous les risques au bénéfice de mon enfant, en cours de validité.

Je précise qu'il ne présente aucune contre-indication médicale ou autre pour participer à toute s les activités organisées par le Centre l'arc en ciel.

J'atteste sur l'honneur avoir pris connaissance du contenu du règlement intérieur sur le site internet Familles Rurales de Châteauneuf Sur Isère et en accepter les conditions,

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant à la sortie des activités :

- _____ -
 - _____ -

J'autorise la structure à réaliser et utiliser des photos , des vidéos sur lesquelles mon enfant apparaît pour diffusion dans ses supports d'information : site internet, programmes affiches, flyers et journal ou exposition réalisé dans le cadre des activités .

J'autorise la structure à consulter mon quotient familial sur le site CAFPRO.

J'autorise la structure à me faire parvenir des informations relatives à leurs activités par courrier électronique, à l'adresse suivante (écrire en majuscules) :

J'autorise la structure à véhiculer mon enfant dans le cadre de ses activités.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Signature

A _____, le _____ / _____ / 20__