

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 .....

<b>LE PERE (ou tuteur)</b>		<b>LA MERE (ou tuteur)</b>	
Nom	Prénom	Nom	Prénom
Date de naissance		Date de naissance	
Adresse		Adresse	
Code Postal	Ville	Code Postal	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 RECOMMANDÉS	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**

<b>PROBLEMES DE SANTE / Maladie, Accident, Allergie, Opération, etc.</b>	
<b>NATURE</b>	<b>DATE</b>
Nom du médecin traitant:	Tél :
L'enfant suit-il un traitement médical ? <b>si oui, joindre l'ordonnance</b>	

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 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\_\_\_\_\_