

CADRE RESERVÉ A L'ADMINISTRATION :

Avis d'imposition **2022** OUI NON QF : T.... Revenus mensuels : Nbr de parts :

Avis d'imposition **2023** OUI NON QF : T.... Revenus mensuels : Nbr de parts :

Adhésion : Individuelle **12 €** Familiale **22 €** Chèque Espèces CB N° de reçu :/.....

Noms/Prénoms frères et sœurs inscrits :

Réception de la demande : le/...../..... Date de la validation : le/...../.....

ENFANT

Garçon Fille

Nom de l'enfant : _____		Prénom : _____	
Date et lieu de naissance : ____/____/____		à _____	
Ecoles maternelles :	Chatrian <input type="checkbox"/>	La Clé des Champs <input type="checkbox"/>	JJ Waltz <input type="checkbox"/>
Ecoles élémentaires :	Fehlacker <input type="checkbox"/>	Centre/René Bazin <input type="checkbox"/>	Centre/Chatrian <input type="checkbox"/>
Autre école / précisez : _____			
Classe rentrée 2023/ 2024 : _____		Option (Bilingue, ULIS...) : _____	
Votre enfant mange : de tout <input type="checkbox"/> végétarien <input type="checkbox"/> sans porc <input type="checkbox"/> (merci de cocher qu'une seule case)			
Régime Sécurité Sociale : Général <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) <input type="checkbox"/>			
N° SS : ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ ▪		N° allocataire CAF : _____	
Vacances scolaires	Toussaint <input type="checkbox"/> Hiver <input type="checkbox"/> Printemps <input type="checkbox"/> Été <input type="checkbox"/> Extra-scolaire <input type="checkbox"/>		Bons CAF oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

COMPOSITION DU FOYER (personnes habitants avec l'enfant)

	ADULTE 1	ADULTE 2	ADULTE 3
Représentant légal	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Civilité			
Nom			
Prénom			
Date de naissance			
Adresse-CP-Ville			
Tél privé / portable			
Profession/Employeur			
Tél prof.			
Adresse mail (EN MAJUSCULE)			
Situation familiale			

En cas de séparation ou divorce, quel est le parent qui a la garde de l'enfant : PÈRE MÈRE

** Aucune modification ne sera possible après l'acceptation de votre dossier

PERSONNES AUTORISÉES A CHERCHER L'ENFANT

NOM – PRÉNOM	LIEN AVEC L'ENFANT	ADRESSE	TELEPHONE

Autorisation de rentrer seul après le périscolaire soir / accueil de loisirs OUI NON

Heure de départ si l'enfant rentre seul :

Autorisation de prendre notre enfant en photo en respectant sa personne OUI NON

et conformément aux lois en vigueur.

Autorisation de diffuser la/les photo(s) sur nos différents supports de communication : OUI NON

« Toutes les données que vous nous confiez sur ce formulaire, sont soumises au règlement général sur la protection des données (RGPD) »

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour accueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pour l'accueil de l'enfant.

1. VACCINATIONS :

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant (**joindre les copies**).

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

Rubéole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Varicelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Angine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme Articulaire aigu oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Scarlatine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Coqueluche oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Otite oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

3. ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSE oui non
ALIMENTAIRE oui non AUTRES :

PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler)

4. DIVERS (port de lunettes, lentilles, prothèse, accident, hospitalisation, maladies...) :

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif)

Je soussigné responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement des activités 2021/2022 et m'engage à en accepter les termes et les respecter.

« Notre structure est soutenue financièrement par les communes de Pfastatt, Richwiller, Lutterbach, la Caf et le Conseil départemental du Haut-Rhin »

Signature :

Fait à : _____ le : ____/____/20____