



CADRE RESERVÉ A L'ADMINISTRATION :

Avis d'imposition **2019/18** OUI NON QF : T.... Revenus mensuels : Nbr de parts :
Adhésion : Individuelle **12 €** Familiale **22 €** Chèque Espèces CB N° de reçu :/.....

ENFANT

Garçon Fille

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____

Date et lieu de naissance : ____/____/____ à _____

Adresse de l'enfant : _____

Ecoles : Mat. Chatrian Mat. Fehlacker Mat. JJ Waltz Prim. Fehlacker Prim. Bazin Prim. Chatrian Collège

Classe rentrée 2020/ 2021 : _____ Autre école : _____

Votre enfant mange : de tout végétarien sans porc

Régime Sécurité Sociale : Général MSA

N° SS : ____-____-____-____-____-____ N° allocataire : _____

Vacances scolaires Toussaint Printemps
Hiver Été (juillet) Autre :

COMPOSITION DU FOYER (personnes habitant 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 et Ville | | | |
| Tél privé | | | |
| Tél port. | | | |
| Profession/Employeur | | | |
| Tél prof. | | | |
| Courriel | | | |
| 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 et conformément aux lois en vigueur. OUI NON

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.

« Le règlement général sur la protection des données (RGPD) renforçant les droits instaurés par la Loi informatique et Libertés est entré en vigueur. Pour cette raison et en votre qualité d'usager de notre association, nous vous informons que nous sommes amenés à collecter et à traiter des données personnelles vous concernant et que vous nous aurez communiquées. Ces données ne sont utilisées que dans le cadre strictement nécessaire à la gestion de votre inscription en qualité d'usager de notre association »

Je déclare avoir pris connaissance des données citées ci-dessus

Signature :

Fait à : _____ le : ____/____/20____