

CADRE RESERVÉ A L'ADMINISTRATION :

Avis d'imposition **2020/19** 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 : _____			
Classe rentrée 2020/ 2021 : _____			
Votre enfant mange : de tout <input type="checkbox"/> végétarien <input type="checkbox"/> sans porc <input type="checkbox"/>			
Régime Sécurité Sociale : Général <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/>			
N° SS :		N° allocataire : _____	
Vacances scolaires		Toussaint <input type="checkbox"/> Printemps <input type="checkbox"/> Hiver <input type="checkbox"/> Été (juillet) <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> :	

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____