

**CADRE RESERVE 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  La Clé des Champs  JJ Waltz   
 Ecoles élémentaires : Fehlacker  Centre/René Bazin  Centre/Chatrian   
 Autre école / précisez : \_\_\_\_\_  
 Classe rentrée 2023/ 2024 : \_\_\_\_\_ Option (Bilingue, ULIS...) : \_\_\_\_\_  
 Votre enfant mange : de tout  végétarien  sans porc  (merci de cocher qu'une seule case)  
 Régime Sécurité Sociale : Général  MSA  Autres (à préciser)   
 N° SS : ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_  
 Vacances scolaires : Toussaint  Hiver  Printemps  Été   
 Extra-scolaire  Bons CAF oui  non

**COMPOSITION DU FOYER (personnes habitants avec l'enfant)**

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

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\_\_\_\_

LA BOBINE - MJC - CENTRE SOCIOCULTUREL PFASTATT -7 rue Aegerter - 68120 PFASTATT ☎ 03.89.62.54.54 – periscolaire@la-bobine.org