

N° adhésion CS : CAF Assurance Vaccins Fiche sanitaire RIB

Cadre réservé au Centre Social
NOM et Prénom de l'enfant :

Date de naissance : Garçon Fille

ACTIVITÉS : Périscolaire écoles de la Vivaraize
 Accueil de loisirs (mercredi/vacances)
 Accompagnement scolaire

ECOLE : Classe :

 Percevez-vous l'AEEH pour votre enfant ? Oui Non

 Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI ? Oui Non (si oui, merci de nous fournir une copie du PAI)

 Régime alimentaire de votre enfant : Aucun Sans viande Sans porc Autre :

<i>Premier responsable légal de l'enfant</i>	<i>Deuxième responsable légal de l'enfant</i>
Père / Mère / Autre	Père / Mère / Autre
NOM :	NOM :
PRENOM :	PRENOM :
Situation familiale :	Situation familiale :
ADRESSE :	ADRESSE :
n° tel domicile : <input type="checkbox"/> liste rouge	n° tel domicile : <input type="checkbox"/> liste rouge
portable :	portable :
e-mail :	e-mail :
utilisée pour l'envoi des factures <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	utilisée pour l'envoi des factures <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
pour l'envoi des infos de l'accueil de loisirs <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	pour l'envoi des infos de l'accueil de loisirs <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Profession/ Employeur :	Profession/ Employeur :
n° tel travail :	n° tel travail :

Assurance extra-scolaire de l'enfant : Nom de l'assurance N° de contrat :

Régime allocataire : CAF MSA Autre

Numéro allocataire : **Quotient familial :** **Date d'effet :**

Je m'engage à signaler TOUTE modification de mon quotient familial en cours d'année.
Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance du règlement et des modalités générales de fonctionnement de la structure que je m'engage à respecter sans réserve.

 Fait à Signatures obligatoires
 le :/...../..... de tous les représentants légaux :

**Suite du
formulaire au dos**

Autorisons l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant mon enfant (SAMU, pompiers) Oui Non

Autorisons le personnel à administrer à mon enfant les éventuelles médications prescrites par un médecin et sur présentation de l'ordonnance. Oui Non

Autorisons le personnel à transporter ou faire transporter mon enfant dans le cadre des sorties en groupe organisées avec le Centre Social de la Vivaraize. Oui Non

Autorisons mon enfant à rentrer seul(e) après les activités organisées par le Centre Social de la Vivaraize (entre 11h50 et 12h et entre 17h30 et 18h) Oui Non

Autorisons la diffusion de l'image (photos et vidéos) de mon enfant Oui Non

- Sur le site internet et les publications du Centre Social de la Vivaraize
- Dans la presse locale

Pour toutes les images effectuées dans le cadre des activités du Centre Social de la Vivaraize

Autorisons les personnes citées ci-dessous à récupérer mon enfant

NOM Prénom	N° de téléphone	Lien de parenté	Personne à prévenir en cas d'absence des parents
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

N'autorisons pas les personnes citées ci-dessous à récupérer mon enfant

NOM Prénom	N° de téléphone	Lien de parenté

Autorisons le Centre Social à utiliser les données personnelles et sanitaires pour l'inscription de mon enfant.

Autorisons le personnel du Centre Social de la Vivaraize à consulter mon dossier allocataire (CAF) et à en conserver une copie d'écran. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel à l'équipe de direction.

Fait à
le :/...../.....

Signatures obligatoires
de tous les représentants légaux :



Suite du formulaire au dos