

Fiche individuelle enfant

Nom _____	Prénom _____
Né(e) le : _____	Sexe : _____

Scolarité Classe : _____ Etabl. scolaire : _____	Remarques particulières concernant l'enfant
Repas spéciaux 	

Généralités	
Régime Régime allocataire : _____ Nom allocataire : _____ N° Allocataire : _____ CAF (département) : _____	Situation financière Quotient familial : _____ Date d'effet : _____

Parents	
Parent 1 : destinataire des envois types courriers, mails, factures ...)	
Responsable légal <input type="checkbox"/>	
Parenté : _____ Civilité : _____ Nom : _____ Prénom : _____ Tel / portable : _____	Mail : _____ Adresse postale : _____ _____ _____
Parent 2	Parent 3
Responsable légal <input type="checkbox"/>	Responsable légal <input type="checkbox"/>
Parenté : _____ Civilité : _____ Nom : _____ Prénom : _____ Portable : _____	Parenté : _____ Civilité : _____ Nom : _____ Prénom : _____ Portable : _____

Je soussigné.e :

- atteste être couvert par une assurance responsabilité civile.
- certifie que mon enfant est à jour de l'ensemble des vaccins obligatoires (joindre copie du carnet de santé)
- certifie l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

NOM, Prénom et signature

Nous vous informons que les données collectées sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique indispensable à la réalisation de la mission que vous nous confiez. Ces données seront conservées pendant 5 ans au maximum après extinction de la mission. Vous avez accès à vos données informatisées sur simple demande auprès de la direction.



AUTORISATIONS

Je soussigné.e :

responsable légal de l'enfant :

Détail des autorisations

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Autorise | que mon enfant soit pris en photo ou filmé dans le cadre de nos activités et que ces images soient éventuellement diffusées dans la presse locale et/ou tout support de communication de la structure | |
| <input type="checkbox"/> N'autorise pas | | |
| <input type="checkbox"/> Autorise | Les personnes habilitées de la MJC-CS à consulter notre dossier allocataire sur CAFPRO pour le calcul de nos participations financières. | |
| <input type="checkbox"/> N'autorise pas | | |
| <input type="checkbox"/> Autorise | l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident impliquant mon enfant (SAMU, pompiers, hospitalisation, anesthésie). | |
| <input type="checkbox"/> N'autorise pas | | |
| <input type="checkbox"/> Autorise | Mon enfant à rentrer seul après ses activités de Centre de Loisirs. | |
| <input type="checkbox"/> N'autorise pas | | |
| <input type="checkbox"/> Autorise | les personnes nommées ci-dessous (présentation obligatoire d'une pièce d'identité) à venir chercher mon enfant (sauf avis contraire justifié, le père et la mère et toute personne ayant l'autorité parentale de l'enfant sont systématiquement autorisés) | |
| <input type="checkbox"/> N'autorise pas | | |
| | NOM, Prénom | Lien de parenté Téléphone |

Signatures

Fait le/...../..... à La Voulte-sur-Rhône