

ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARCON FILLE

ECOLE : _____

1. Père ou tuteur légal (rayer la mention inutile)

NOM-Prénom : _____ Situation Familiale : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____

Employeur : _____ Profession : _____

Tél professionnel : _____ N° de Sécurité Sociale _____

Adresse courriel : _____

2. Mère ou tuteur légal (rayer la mention inutile)

NOM-Prénom : _____ Situation Familiale : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____

Employeur : _____ Profession : _____

Tél professionnel : _____ N° de Sécurité Sociale _____

Adresse courriel : _____

3. Facturation**Nom, prénom et adresse de facturation** (seulement si différente de l'adresse du domicile) :_____
_____**Fiche à retourner accompagnée des pièces suivantes :** copie d'attestation CAF ou MSA mentionnant votre quotient familial en cours copie d'une attestation d'assurance responsabilité civile ou scolaire et extra-scolaire

Pour un traitement plus efficace de votre dossier, nous autorisez-vous à consulter le site internet de CAFPRO ?

 oui **non**Si **oui**, merci de noter votre numéro d'allocataire CAF _____**4. Renseignements médicaux**

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Rubéole : oui nonVaricelle : oui nonAngine : oui nonOtite : oui nonRhumatisme : oui nonScarlatine : oui nonCoqueluche : oui nonAsthme : oui nonRougeole : oui nonOreillons : oui non**Date du dernier vaccin DTP (obligatoire)** _____

Allergie alimentaire, si oui laquelle : _____

Allergie médicamenteuse, si oui laquelle : _____

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier, si oui lequel : _____

En cas de situation de handicap, précisez si les difficultés pouvant limiter l'activité de l'enfant sont d'origine :

auditive physique psychique visuelle autre : _____

L'enfant bénéficie-t-il d'un P.A.I (projet d'accueil individualisé) : oui non

Si oui merci de prendre contact avec nos services au 03 85 86 80 52 afin de prévoir un P.A.I pour l'accueil de votre enfant dans l'un de nos services.

Nom et n° de téléphone du médecin traitant : _____

Observations (port de lunettes, prothèses auditives, dentaires...) : _____

5. Autorisations parentales

▪ Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

En dehors des parents ou du tuteur légal, l'enfant pourra être récupéré par les personnes **majeures** désignées sur cette fiche, sur présentation d'une pièce d'identité (plus de 2 personnes peuvent être autorisées, dans ce cas merci de joindre les informations les concernant sur papier libre).

NOM-Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____

Lien avec l'enfant : _____

Est autorisé à récupérer l'enfant oui non

Peut être contacté en cas d'urgence oui non

NOM-Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____

Lien avec l'enfant : _____

Est autorisé à récupérer l'enfant oui non

Peut être contacté en cas d'urgence oui non

▪ Droit à l'image

J'autorise gracieusement l'utilisation d'images et de vidéos de mon enfant pour les supports de communication de la communauté de communes du Grand Autunois Morvan (presse, brochures et affiches d'information, supports de présentation, site Internet et réseaux sociaux de la collectivité) :

oui non

Je soussigné(e), _____

responsable légal de l'enfant : _____

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- autorise la communauté de communes du Grand Autunois Morvan à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant,
- m'engage à payer (ou rembourser) les frais médicaux, d'hospitalisation et divers m'incombant.

Date et signature :

Tout dossier incomplet ne sera pas traité

Communauté de Communes du Grand Autunois Morvan - Service Animation Jeunesse

4 Route de Chalon - 71400 Autun

Tél : 03 85 86 95 80