

infos.resa@cslapaz.fr

Nom-Prénom enfant : Sexe : F M

► Né(e) le :

► Adresse de l'enfant :
.....

► Régime allocataire : CAF de la Drome MSA de Autres :

Numéro d'allocataire (obligatoire) :

J'autorise le secrétariat du Centre Social à se connecter au service **CAF Partenaire** de la Caisse de d'Allocations Familiales de la Drôme pour le calcul du prix horaire ou prix de journée.

► **N° de Sécurité Sociale du responsable de l'enfant :**

Situation familiale Marié ou vie maritale / Séparé ou Divorcé / Veuf(ve)

Mère Père autre :

Nom-Prénom :

Adresse (*si différente de celle de l'enfant*) :

.....
.....

N° de ☎ (maison) : Portable :

Adresse mail :@.....

Tél. de l'employeur en cas d'urgence :

Mère Père autre :

Nom-Prénom :

Adresse (*si différente de celle de l'enfant*) :

.....
.....

N° de ☎ (maison) : Portable :

Adresse mail :@.....

Tél. de l'employeur en cas d'urgence :

►AUTORISATIONS

TRANSPORT : J'autorise mon enfant à utiliser les modes de transport décidés par le responsable de l'activité pour les déplacements. L'association a contracté un contrat d'assurance GROUPAMA, réf 34 / 26163781 / TC / S, couvrant le personnel, les enfants et bénévoles lors des activités.

DROIT A L'IMAGE : J'autorise le responsable de l'activité à photographier mon enfant pendant le séjour, en sortie ou pendant les activités.

►FICHE SANITAIRE :

1- Vaccinations : Une photocopie des vaccinations notées sur le carnet de santé devra être jointe au dossier. (Possibilité de la faire à l'accueil du centre social)

2- Renseignements médicaux

L'enfant suit-il un **TRAITEMENT MEDICAL** pendant le séjour ? 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 déjà eu les **MALADIES** suivantes ?

RUBÉOLE VARICELLE ANGINE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ SCARLATINE
 COQUELUCHE OTITE ROUGEOLE OREILLONS

ALLERGIES :

ASTHME : oui non **MÉDICAMENTEUSES** : oui non **ALIMENTAIRES** : oui non

AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....
.....

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, Rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....
.....

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...


Précisez :

.....
.....

Merci de préciser si REPAS sans ou avec viande de porc

Autorisation de soins

Je soussigné(e),responsable de l'enfant, autorise le responsable de l'activité à prendre le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Nom du médecin traitant :  : / / / /

Commune :

En cas d'urgence, l'enfant est transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est avertie le plus rapidement possible par le responsable du séjour.

J'autorise le service du Centre social à utiliser mes données personnelles pour gérer mon compte famille.

Les informations recueillies sont enregistrées dans un fichier informatisé pour la gestion de l'accueil de votre enfant (gestion des présences, facturation, informations aux familles, fichier adhérents, courriers divers...). Elles sont conservées pendant toute la période nécessaire à la gestion administrative et financière de votre compte. Vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le secrétariat du Centre Social ou en vous connectant sur le portail famille du Centre Social.

Date : / / Nom Prénom du responsable ou des parents Signature