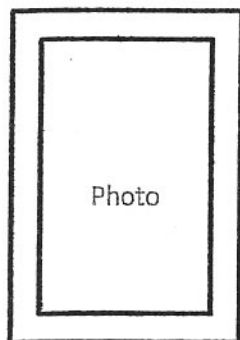


A renouveler le : /20



Fiche de renseignements

Centre d'Animation Jeunesse (CAJ)

Enfant

Nom :

Prénom :

Domicilié(e) à :

Né(e) le : à :

Etablissement scolaire : Classe :

Responsables légaux

Père :

Mère :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Tél domicile :

Tél domicile :

Tél portable :

Tél portable :

E-mail :

E-mail :

Adresse :

Adresse :

.....

.....

Infos divers

N° Sécurité Sociale :

Quotient CAF (fournir un justificatif) :

Assurance Responsabilité Civile : N° de contrat :

Autorité parentale

Les deux parents sont-ils titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale ?

oui

non (joindre un justificatif : décision de justice, livret de famille...)

Nom et adresse de toute autre personne titulaire de l'autorité parentale :

Frères et Sœurs

Nom / prénom : Classe :

Nom / prénom : Classe :

Nom / prénom : Classe :

Nom / prénom : Classe :

Autorisation parentale

Je soussigné(e) agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale, autorise les personnes suivantes à être contactées en cas d'urgence / à récupérer l'enfant si nécessaire :

Nom / prénom : Tél :

Nom / prénom : Tél :

Nom / Prénom : Tél :

Photographie et Film

Je soussigné(e) agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale, autorise le CAJ et la mairie de Roquettes à :

Photographier / Filmer mon enfant oui non

Si oui, diffuser et publier ces images sous format USB auprès des familles dont les enfants ont participé aux séjours et sorties du CAJ / Diffuser et publier ces images afin d'illustrer les projets d'animation sur le site internet de la commune, le Facebook (géré par la direction) et le blog du CAJ / Diffuser et publier sur les plaquettes, les documents et bulletins de la commune.

RENONCE à tout recours contre la mairie de Roquettes et toute personne physique ou morale qu'elle aurait mandatée au titre de la prise d'image de mon enfant, de sa diffusion et publication.

Fait à :

Le :

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

Sanitaire de liaison

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates derniers rappels	Vaccins recommandés	OUI	NON	Dates derniers rappels
Diphérie				Hépatite B			
Tétanos				Rougeole			
Polio				Oreillons			
				Rubéole			
				Coqueluche			
				Autres (précisez)			

Renseignements médicaux enfant

Médecin traitant : Dr..... Tél :

Groupe Sanguin :

Asthme

Allergie, précisez :

Autres, précisez :

Recommandations particulières (port de lunettes, antécédents médicaux...) :

Attention : En dehors d'un PAI (protocole d'accueil individualisé), d'un PSUAC (protocole de soin d'urgence pour l'accueil en collectivité) ou d'une ordonnance d'un médecin, l'administration d'un traitement médicamenteux est interdite. Lors des sorties et séjours une ordonnance et les modalités d'admission du traitement sont obligatoires.

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature :