



FICHE DE RENSEIGNEMENTS Centre socioculturel

| ADULTES | |
|--|--|
| Civilité : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mme Nom Prénom : Adresse : Téléphone professionnel : Téléphone domicile : Portable : Mail : <u>Situation Familiale :</u> <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Séparés <input type="checkbox"/> Divorcés <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Agriculteurs <input type="checkbox"/> Artisans, commerçants <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Retraités <input type="checkbox"/> Autres, sans activité professionnelle <u>Régime Allocataire :</u> <input type="checkbox"/> Général (dont fonction publique) N° Sécurité sociale : N° Allocataire CAF : <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Artisans <input type="checkbox"/> Autres | Civilité : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mme Nom Prénom : Adresse : Téléphone professionnel : Téléphone domicile : Portable : Mail : <u>Situation Familiale :</u> <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Séparés <input type="checkbox"/> Divorcés <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Agriculteurs <input type="checkbox"/> Artisans, commerçants <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Retraités <input type="checkbox"/> Autres, sans activité professionnelle <u>Régime Allocataire :</u> <input type="checkbox"/> Général (dont fonction publique) N° Sécurité sociale : N° Allocataire CAF : <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Artisans <input type="checkbox"/> Autres |

| ENFANT 1 | | | |
|---|--------|---|-------------------|
| Nom | Prénom | Sexe | Date de naissance |
| | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | |
| Responsable légal de l'enfant : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère De quel régime allocataire dépend l'enfant : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère | | | |

Fiche sanitaire

Vaccinations : Fournir la photocopie du carnet de vaccination ou attestation de vaccination du médecin

Maladies ou allergies sévères connues : Diabète, asthme, allergies alimentaires

Conduite à tenir spécifique Sommeil, hygiène, alimentation (repas spéciaux), port de lunettes, appareillage auditif

Médecin traitant : _____ Téléphone : _____

Votre enfant fait-il l'objet d'un PAI (protocole d'accueil individualisé) à l'école ? : Oui Non

| ENFANT 2 | | | |
|---|--------|---|-------------------|
| Nom | Prénom | Sexe | Date de naissance |
| | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | |
| Responsable légal de l'enfant : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère De quel régime allocataire dépend l'enfant : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère | | | |

Fiche sanitaire

Vaccinations : Fournir la photocopie du carnet de vaccination ou attestation de vaccination du médecin

Maladies ou allergies sévères connues : Diabète, asthme, allergies alimentaires

Conduite à tenir spécifique Sommeil, hygiène, alimentation (repas spéciaux), port de lunettes, appareillage auditif

Médecin traitant : _____ Téléphone : _____

Votre enfant fait-il l'objet d'un PAI (protocole d'accueil individualisé) à l'école ? : Oui Non

ENFANT 3

| | | | |
|-----|--------|---|-------------------|
| Nom | Prénom | Sexe | Date de naissance |
| | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | |

Responsable légal de l'enfant : Père Mère
 De quel régime allocataire dépend l'enfant : Père Mère

Fiche sanitaire

Vaccinations : Fournir la photocopie du carnet de vaccination ou attestation de vaccination du médecin

Maladies ou allergies sévères connues : Diabète, asthme, allergies alimentaires

Conduite à tenir spécifique Sommeil, hygiène, alimentation (repas spéciaux), port de lunettes, appareillage auditif

Médecin traitant : _____ Téléphone : _____
 Votre enfant fait-il l'objet d'un PAI (protocole d'accueil individualisé) à l'école ? : Oui Non

ENFANT 4

| | | | |
|-----|--------|---|-------------------|
| Nom | Prénom | Sexe | Date de naissance |
| | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | |

Responsable légal de l'enfant : Père Mère
 De quel régime allocataire dépend l'enfant : Père Mère

Fiche sanitaire

Vaccinations : Fournir la photocopie du carnet de vaccination ou attestation de vaccination du médecin

Maladies ou allergies sévères connues : Diabète, asthme, allergies alimentaires

Conduite à tenir spécifique Sommeil, hygiène, alimentation (repas spéciaux), port de lunettes, appareillage auditif

Médecin traitant : _____ Téléphone : _____
 Votre enfant fait-il l'objet d'un PAI (protocole d'accueil individualisé) à l'école ? : Oui Non

AUTORISATION

Personnes à prévenir en cas d'urgence ou autorisées à récupérer votre (vos) enfant (s)

| Nom | Prénom | Adresse | Téléphone | Lien de parenté | autorisées à récupérer l'enfant |
|-----|--------|---------|-----------|-----------------|---------------------------------|
| | | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> |

Documents à fournir OBLIGATOIREMENT

- Photocopie des vaccinations
- RIB si vous souhaitez être prélevé (pensez à signaler tout changement relatif à vos coordonnées bancaires)
- Pour les allocataires CAF qui ne perçoivent pas ou plus d'allocations, MSA, SNCF, Autres :
- Avis d'imposition 2016 (revenus 2015)
- Vous ne souhaitez pas recevoir d'informations concernant les activités du centre par mail, courrier, sms, cochez cette case
- Vous ne souhaitez pas vous ou vos enfants être photographiés ou filmés dans le cadre des activités, cochez cette case

Je déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement du centre socioculturel et m'engage à le respecter.

Fait à le...../...../.....Signature