



FICHE DE RENSEIGNEMENT Centre socioculturel

ADULTES

<p>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</p> <p><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</p>	<p>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</p> <p><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</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 : <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 : <i>Fournir la photocopie du carnet de vaccination ou attestation de vaccination du médecin</i>	
Maladies ou allergies sévères connues : <i>Diabète, asthme, allergies alimentaires</i>	
Conduite à tenir spécifique <i>Sommeil, hygiène, alimentation (repas spéciaux), port de lunettes, appareillage auditif</i>	
Médecin traitant : Téléphone :	
Votre enfant fait-il l'objet d'un PAI (protocole d'accueil individualisé) à l'école ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

ENFANT 4

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 : <i>Fournir la photocopie du carnet de vaccination ou attestation de vaccination du médecin</i>	
Maladies ou allergies sévères connues : <i>Diabète, asthme, allergies alimentaires</i>	
Conduite à tenir spécifique <i>Sommeil, hygiène, alimentation (repas spéciaux), port de lunettes, appareillage auditif</i>	
Médecin traitant : Téléphone :	
Votre enfant fait-il l'objet d'un PAI (protocole d'accueil individualisé) à l'école ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

AUTORISATION

Personnes à prévenir en cas d'urgence ou autorisées à récupérer votre (vos) enfant (s) – (Hors Parents)				
Nom Prénom	Adresse	Téléphone	Lien de parenté	autorisées à récupérer l'enfant
				<input type="checkbox"/>

Documents à fournir OBLIGATOIREMENT

- Photocopie des pages "vaccinations" du carnet de santé (pour les mineurs).
- RIB si vous souhaitez être prélevé.
- Avis d'imposition 2016 (revenus 2015) pour les ressortissants MSA, SNCF ou autres régimes et les allocataires CAF qui ne perçoivent pas ou plus d'allocations.
- Vous ne souhaitez pas recevoir d'informations concernant les activités du centre par mail, courrier, sms, cochez la case.
- Vous ne souhaitez pas vous ou vos enfants être photographiés ou filmés dans le cadre des activités, cochez la case.

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

Fait à le / / Signature