

Autorisation parentale

Centre Socioculturel
Intercommunal

Votre enfant :

Nom : Prénom :

Date de naissance : ____/____/____ Sexe : masculin Féminin

mail :

Responsables légaux :

— Père :

Nom et Prénom :

Adresse complète

Tél.domicile :

Tel portable :

Profession

Tél.travail :

mail :

Mère :

Nom et Prénom :

Adresse complète si différent du père

Tél.domicile :

Tel portable :

Profession :

Tél.travail :

mail :

Autres Responsables légaux (Famille d'accueil, mandat d'éducation quotidienne) :

Nom et prénom

Adresse complète :

Tél. domicile : liste rouge Portable

Situation familiale : célibataire marié(e) concubin(e) pacsé(e) séparé(e) divorcé(e) veuf(ve)

Personne autorisée à récupérer mon enfant : (autres que les parents)

Nom et lien de parenté: Tél. :

Renseignements administratifs

* Votre numéro allocataire : votre caisse : CAF ou MSA

* Le nom de l'allocataire :

Votre n° de de sécurité sociale couvrant l'enfant :

* Votre n° d'assurance responsabilité civile Cie

*Avez-vous souscrit une assurance individuelle accident extra scolaire pour votre enfant (obligatoire pour certaines activités) ? oui non

*Votre quotient familial : Date ____/____/____

Je soussigné(e) Mme et/ou Mr

responsable légal de l'enfant

1 -Autorise mon enfant à participer aux activités du Centre socioculturel LaMano.

2 -Autorise l'association à utiliser l'image de mon enfant (photos, vidéos ...) dans un but de

communication des activités de l'association (affiches, vidéos ...) oui non

3 -A pris connaissance que l'adhésion au centre ne garantit pas l'assurance individuel accident. Je suis informé de l'importance de vérifier auprès de mon assureur mon éventuel souscription. LaMano se donne le droit de refuser votre enfant sur non présentation d'une attestation pour certaines activités à risques.

4 -Autorise les animateurs à transporter mon enfant en véhicule afin de se rendre à une activité.

5 -Accepte le règlement intérieur de l'association (règlement disponible sur demande ou sur le site internet)

Lu et
approuvé

Signature

Autorisation à signer au dos

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N°85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. VACCINATIONS

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :

	Vaccins obligatoires	DATES
Diptérie	/ /
Tétanos	/ /
Polioomyélite	/ /

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

indiquez les Difficultés de SANTE allergie, maladies, hospitalisation....

.....	/ /
.....	/ /
.....	/ /

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

RUBEOLE non oui	VARICELLE non oui	ANGINES non oui	RHUMATISMES non oui	SCARLATINE non oui
COQUELUCHE non oui	OTITES non oui	ASTHME non oui	ROUGEOLE non oui	OREILLONS non oui

Alimentaires

Médicamenteuses

Autres (acariens, animaux,
(acariens, pollens....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

.....
.....

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS

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

Actuellement l'enfant suit-il un traitement régulier ? **NON** **OUI**

si oui, lequel ?

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :

Nom du médecin traitant et contact

Lieu d'hospitalisation :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :

Signature :