



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

(à renouveler tous les ans : obligation du ministère de la Cohésion Sociale)

2020/2021

ENFANT

NOM

PRÉNOM

Réservé Administration

Date de naissance :/...../..... Age : Sexe :
Ecole : Classe :

Adresse :
Ville :
Code Postal :
Téléphone fixe :/...../...../...../.....

Courriel :@.....

Responsable(s) des enfants

Parent 1 Autre (Précisez)	Parent 2 Autre (Précisez)
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse (si différente) :	Adresse (si différente) :
.....
Profession :	Profession :
Téléphone du travail :/...../...../...../.....	Téléphone du travail :/...../...../...../.....
Portable :/...../...../...../.....	Portable :/...../...../...../.....
Courriel :@.....	Courriel :@.....

Numéro de Sécurité Sociale :
Régime d'Allocation Familiale : CAF (inclus : La Poste, agent de l'état...) MSA EDF/GDF, SNCF
Numéro d'Allocation Familiale :

Quotient familial :

Déclaration du responsable légal de l'enfant

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant désigné ci-dessus :

- autorise mon fils, ma fille, à participer à toutes les activités du Centre Social où je l'ai inscrit et notamment la pratique d'activités physiques et sportives.
- m'engage à régler le montant de ma participation financière dès réception de la facture.
- autorise l'association à publier sur son site internet, Facebook, sur les plaquettes d'information qu'elle édite régulièrement, dans la presse locale, les photos d'activités sur lesquelles pourrait apparaître mon enfant.
- autorise l'équipe de direction à prendre toutes mesures d'urgence nécessitées par l'état de santé de mon enfant
- accepte et comprends que les activités proposées sont non-contractuelles, et peuvent être annulées pour différentes raisons.

Nombre total d'enfants à charge (Prénoms + Âges) :
.....

CENTRE SOCIAL OVIV

Association 1901

1410, route des villages - 38150 VERNIOZ
Tél. 04 74 54 14 37 - accueil@cs-oviv.fr
Siret : 43399347400017 - APE : 9499Z

 /centresocialOVIV
 www.cs-oviv.fr

Osez Vivre Vos idées.

ENTRE BIÈVRE ET RHÔNE :
Auberives-sur-Varèze, Cheyssieu,
Vernioz, Chalon, Monsteroux-Milieu,
Montseveroux, Cour-et-Buis





Vaccinations :

Vaccins	oui	non	Date du dernier rappel	vaccins	oui	non	Date du dernier rappel
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole/Oreillons/ Rougeole			
Poliomyélite				Coqueluche			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication

L'enfant suit-il un **traitement médical** régulièrement ?

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 donné sous notre responsabilité sans ordonnance.

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

- | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> rubéole | <input type="checkbox"/> varicelle | <input type="checkbox"/> angine |
| <input type="checkbox"/> rougeole | <input type="checkbox"/> scarlatine | <input type="checkbox"/> coqueluche |
| <input type="checkbox"/> otite | <input type="checkbox"/> oreillons | |

Précisez ci-après les allergies (Asthme ? Médicamenteuse ? Autres...) ou régime(s) alimentaire(s) particulier(s) de l'enfant en indiquant LA CONDUITE A TENIR /

.....

Précisez le régime alimentaire que vous souhaitez pour votre enfant (entouré celui choisi) : MENU CLASSIQUE VÉGÉTARIEN SANS PORC AUTRE :.....

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les PRÉCAUTIONS A PRENDRE :

.....

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc... (précisez) :

.....

Personne(s) pouvant récupérer les enfants, autres que les responsables (Nom, Prénom, téléphone) :

Nom :	Téléphone :
Nom :	Téléphone :
Nom :	Téléphone :

Date et Signature :