

Nom, prénom de l'enfant Né(e) le :
 Adhésion le : Numéro de carte Sexe : M F
 Ecole : Classe
 Ateliers Nez rouges :

Famille : Parentale Monoparentale Recomposée Accueil

PARENTS DE L'ENFANT

	Mère	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Date de naissance :				
Tél. Domicile/Portable :				
Courriel :				
Catégorie socioprof. :				
Quartier :				

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

	Mère	Père
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		
Profession parents :		

Information obligatoire pour déterminer le tarif (si pas d'inscription CAF ou MSA, fournir la dernière déclaration d'impôt):

N° Allocataire C.A.F. : Régime social :
 C.A.F. d'appartenance : CAF DES VOSGES Autre C.A.F.

Quotient familial mensuel

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) :

Autorisations	OUI	NON
En cas d'accident, j'autorise les responsables de la structure à prendre les mesures néce		
J'accpete de recevoir la facture et les informations relatives à mon ateliers par Email?		
Mon enfant est bénéficiaire de l'AEEH ?		

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire (Attestation obligatoire) .

Nom de la compagnie : N°Téléphone N°Contrat :

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités OUI NON

En cas d'accident, j'autorise les responsables à prendre les mesures nécessaires (hospitalisation...): OUI NON

J'accepte de recevoir la facture et les informations relatives à mon atelier par email: OUI NON

J'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant. (Valable 1 an).

OUI NON

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux, nouveau média, affiches...)

OUI NON

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur concernant le fonctionnement de l'association.

Suite au dos de la feuille...

Fiche sanitaire:

Merci de fournir les informations relatives aux antécédants médicaux ou chirurgicaux, pathologies chroniques ou aiguës.

Allergies :

**Recommandations
médicales des parents :**

(traitements, interventions, pathologies)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
DTC POLIO (ex: InfanrixHexa, Hexyon)				B.C.G	
Pentavac (DTCPolio)				R.O.R	
Méningococciques (Neisvac, Menjuga)				Prévenar (Polyosides pneumococci)	
Coqueluche (si hors DTCPolio)				Monotest	
Boostrix (DTCP Hors France)				Hépatite B (Twinrix, Engerix B, Hbv)	
				Gardasil	

Médecin traitant Nom : **Téléphone**

Adresse :

L'ensemble des informations sont importantes pour l'association (statistique, réglementation, financement...) et sont confidentiels, seul les animateurs ont accès aux données. Vous disposez d'un droit d'accès aux informations collectés afin de contrôler, rectifier ou effacer des données. (Loi informatique et liberté).

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations.

Fait à, le **Signature :**