Secteur Enfance-Jeunesse Senillé – Saint Sauveur

DOSSIER ENFANT

PHOTO

NOM :

Prénom :

Sexe : Garçon / Fille * *(rayer la mention inutile)*

Né(e) le : …. / …. / …….. à : …… *(nom et code postal)*

RESPONSABLE 1	**RESPONSABLE 2**
NOM – Prénom : **Parenté :** **Adresse :**	**NOM – Prénom :** **Parenté :** **Adresse :**
Mail : **Tel. Domicile :** **Tel : Portable**	**Mail :** **Tel. Domicile :** **Tel : Portable**
Profession : **Tel. Bureau :** **Employeur :** **Comité d'entreprise :**	**Profession :** **Tel. Bureau :** **Employeur :** **Comité d'entreprise :**
A l'autorisation de prendre en charge l'enfant : OUI / NON * *(rayer la mention inutile)*	A l'autorisation de prendre en charge l'enfant : OUI / NON * *(rayer la mention inutile)*

Délégations : * OUI / NON

Ordre	NOM	Prénom(s)	Coordonnées	Parenté	Délégation*	Urgence*	Alerte*
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

Renseignements sanitaires :

Merci de bien vouloir nous fournir une copie du Carnet de Santé, « partie vaccinations », de l'enfant.

Allergies connues :

Traitement en cours :

Recommandations des parents et faits marquants :

Autorisations :

Autorisation d'intervention : **Je soussigné(e), ……., responsable de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et autorise les personnes en charge de l'enfant à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales, etc) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.**

Autorisation de sortir seul : ***L'enfant est-il autorisé à rentrer seul ?*** **OUI / NON** **(rayer la mention inutile)**

Droit à l'image : *Autorisation de photographier et/ou filmer l'enfant dans le cadre des activités des accueils de loisirs (périscolaire et/ou extrascolaire), pour un usage réservé à une utilisation interne à la structure (persse, souvenirs, site internet communal, exposition, etc), ne pouvant donner lieu à une quelconque rétribution financière.* **OUI / NON** *(rayer la mention inutile)*

Immatriculation :

N° Sécurité Sociale :

N° Allocataire CAF / MSA *(rayer la mention inutile)* **:** **Quotient Familial :**

Mutuelle : ***Immatriculation :***

Responsabilité Civile : ***Immatriculation :***

Vie Scolaire : ***Année :***

Etablissement : ***Classe :*** ***Professeur :***

Signature : (OBLIGATOIRE)