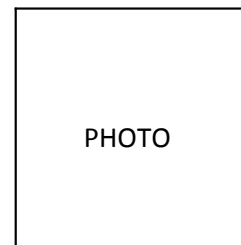


**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**



NOM et Prénom de l'enfant : .....  
 Né le : ..... à : .....  
 Classe : ..... Ecole : .....

	Parent 1	Parent 2
Nom et Prénom:		
Adresse:		
Email:		
Téléphone :		
Profession	Profession : ..... Employeur : ..... Tél : .....	Profession : ..... Employeur : ..... Tél : .....
N° sécurité sociale:		
N° allocataire : <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA		
Nom de la mutuelle		
Nom de l'assurance de la responsabilité civile:		

**Situation Familiale**     Marié (e)     Vie Maritale/Pacs...     Célibataire     Divorcé / Séparés     Veuf (ve)

**Pièces à fournir obligatoirement :**

- Photocopie du carnet de santé (vaccins)
- Fiche d'imposition N-1 (recto/verso)
- PAI, si existant
- Photocopie de la taxe d'habitation N-1
- Photocopie de l'attestation d'assurance de responsabilité civile

**Nous soussignons les parents/ représentants légaux autorisons :**

- Le personnel autorisé par le président à transporter mon/mes enfant(s) en car, minibus.
- La Communauté de communes du Grand Saint-Emilionnais à utiliser, reproduire, diffuser et exploiter l'image de mon/mes enfant(s) pour les usages suivants :
  - Publication du journal communautaire
  - Publication dans le rapport d'activité de la CDC
  - Publication dans la presse locale (Sud-Ouest, Le Résistant)
  - Publication sur le site Internet de l'ALSH la Mosaique et de la CDC
  - Publication sur la page Facebook de la CDC

*En application de la loi informatique et libertés et des règles de protection des mineurs, les légendes accompagnant les photos ne communiqueront aucune information susceptible d'identifier directement ou indirectement les enfants ou leur famille. Il est entendu qu'aucun usage commercial ne sera fait de l'image de votre/vos enfant (s) par la communauté de communes du Grand Saint-Emilionnais, qui interdit toute l'utilisation pouvant porter atteinte à dignité.*

**Acceptez-vous de recevoir les factures par mail ?**     oui     non

**Nous soussignons les parents/ représentants légaux autorisons :**

M./Mme..... tél : ..... à récupérer notre enfant  
 M./Mme..... tél : ..... à récupérer notre enfant  
 M./Mme..... tél : ..... à récupérer notre enfant

**Signature du représentant légal**

Nom : ..... Prénom : .....

**Contre-indications médicales ou difficultés de santé :**

.....  
 .....

**Allergies**

Asthme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Alimentaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non - repas fourni <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Médicamenteuse	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Autres	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

**PAI (protocole d'accueil individualisé) :**  oui  non

**Autres recommandations utiles des parents:**

.....  
 .....

**Nom du Médecin, ville et numéro de téléphone :** .....

**Vaccins et maladies :**

	BCG :	ROR :	DTP dernier rappel :	Autres vaccins :
<b>Fait-le :</b>				
	Rubéole :	Oreillons :	Rougeole :	Varicelle :
<b>Maladie contractées ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Repas :** pour tout régime particulier, contacter le/la directeur/trice

Reconnaît avoir pris connaissance du règlement intérieur, et être informé que les inscriptions ne sont pas automatiques et que **TOUTE RESERVATION SERA DUE, même en cas d'absence de l'enfant non avertie au moins 1 semaine à l'avance pour les mercredis et les vacances scolaires, sauf présentation d'un certificat médical. Les annulations devront se faire auprès de la Direction, sur un papier daté ou en adressant un mail à la structure correspondante.**

J'autorise le personnel de la CDC à prendre toutes les dispositions nécessaires à la vue de l'état de santé de l'enfant.

Nous soussignés .....responsables légaux de l'enfant .....déclarent exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Le ..... A .....

**Signature du représentant légal**