

# Fiche Sanitaire de Liaison Centre Social Familles Rurales

Documents à fournir obligatoirement : Photocopie des vaccinations (carnet de santé) / Attestation d'assurance responsabilité civile  
/ Numéro d'allocataire CAF ou MSA / Certificat de quotient familial

## INFORMATIONS SUR L'ENFANT :

Nom/Prénom :

Date de naissance :

Garçon

Fille

Adresse :

CP :

Ville :

### ADHÉSION OBLIGATOIRE À FAMILLES RURALES

Adhésion individuelle

Adhésion familiale

Conformément aux obligations de la loi RGPD, les données personnelles que vous nous communiquez ne seront utilisées que dans le cadre de nos bilans, évaluations ou statistiques.

Si vous ne souhaitez pas que vos données soit utilisées, merci de cocher la case ci-dessous :

Ne souhaite pas que mes données personnelles soit utilisées.

## RESPONSABLES LÉGAUX :

### Responsable 1

Nom/Prénom :

Adresse :

CP :

Commune :

Tél :

Tél employeur :

Employeur :

### Responsable 2

Nom/Prénom :

Adresse :

CP :

Commune :

Tél :

Tél employeur :

Employeur :

Numéro d'allocataire :

CAF DU NORD

CAF DE L' AISNE

RÉGIME MSA

RECONNAISSANCE MDPH

L'un des parents est-il bénéficiaire du RSA ?

OUI

NON

ADRESSE MAIL :

Cochez la case Si vous souhaitez recevoir par MAIL ou par SMS les informations et actualités relatives à nos activités.

J'autorise mon enfant à quitter l'atelier seul :

à 12h : OUI NON

à 17h : OUI NON

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

N° de sécurité sociale dont dépend l'enfant :

Mail :

Assurance civile souscrite auprès de :

Numéro d'assuré :

Médecin traitant :

Téléphone :

Adresse :

**Personnes à contacter en cas d'urgence + numéros téléphone :**

**Personnes habilitées à reprendre l'enfant :**

**Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

Cochez les cases correspondantes

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME	SCARLATINE	ASTHME
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS		

Indiquez ici d'autres difficultés de santé en précisant les dates : (Maladie, accident, crises convulsives, allergies, asthme, hospitalisation, opération rééducation...) Précisez les causes des allergies et la conduite à tenir :

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

Si oui, lequel ? (Joindre l'ordonnance si le traitement doit être pris sur le temps d'accueil)

---

Je soussigné(e)

Responsable de  
l'enfant :

*Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel du Centre Social Familles Rurales à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.*

*M'engage à informer le Centre Social de tous changements de coordonnées (téléphone, adresse...)*

*Autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par le Centre Social.*

*M'engage à rembourser tous les frais médicaux avancés.*

*Certifie que mon enfant a tous les vaccins réglementaires.*

*Déclare que mon enfant n'a pas de problèmes de santé incompatibles avec la vie en collectivité.*

*Accepte que mon enfant soit photographié et filmé dans le cadre de ses activités et que les photos soient utilisées lors d'expositions.*

*Autorise l'équipe éducative à transporter l'enfant dans le véhicule du Centre Social Familles Rurales si besoin.*

**En cochant cette case j'approuve avoir lu et accepte les conditions ci-dessus. Atteste que toutes les informations données sont correctes.**

**DATE :**

**LIEU :**