

**Documents à fournir obligatoirement :**

- Photocopie des vaccinations     Attestation d'assurance de responsabilité civile  
 Numéro d'allocataire CAF ou MSA     Attestation de quotient familial

ADHÉSION À FAMILLES RURALES : <input type="radio"/> Adhésion individuelle : 3 € <input type="radio"/> Adhésion familiale : 10€	NUMÉRO ALLOCATAIRE : _____ <input type="radio"/> CAF du Nord <input type="radio"/> CAF de l'Aisne <input type="radio"/> MSA <input type="radio"/> Autre : _____ L'un des parents est-il bénéficiaire du RSA : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Conformément aux obligations de la loi RGPD, les données personnelles que vous nous communiquerez ne seront utilisées que dans le cadre de nos bilans, évaluations ou statistiques. <b>Si vous ne souhaitez pas que vos données soient utilisées, merci de cocher ici :</b> <input type="radio"/>	

**CONCERNANT L'ENFANT :**

NOM / Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_     Garçon     Fille     Reconnaissance MDPH\*  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

\* Situation de handicap reconnue

**CONCERNANT LES RESPONSABLES LÉGAUX :**

**Responsable légal 1**

NOM / Prénom : \_\_\_\_\_  Reconnaissance MDPH  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_ @  
Téléphone de l'employeur : \_\_\_\_\_

**Responsable légal 2**

NOM / Prénom : \_\_\_\_\_  Reconnaissance MDPH  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_ @  
Téléphone de l'employeur : \_\_\_\_\_

Autorise mon enfant à repartir seul le matin :  OUI     NON    le soir :  OUI     NON

Personne à contacter en cas d'urgence\* : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_  
\* Autre que les responsables légaux

Personnes habilitées à récupérer l'enfant\* : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\* Autre que les responsables légaux

**INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :**

N° de sécurité sociale dont dépend l'enfant : \_\_\_\_\_  
Assurance civile souscrite auprès de : \_\_\_\_\_ N° d'assuré : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

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

- |                                  |                                 |                                |                                  |                                  |
|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> RUBÉOLE    | <input type="radio"/> VARICELLE | <input type="radio"/> ANGINE   | <input type="radio"/> RHUMATISME | <input type="radio"/> SCARLATINE |
| <input type="radio"/> COQUELUCHE | <input type="radio"/> OTITE     | <input type="radio"/> ROUGEOLE | <input type="radio"/> OREILLONS  | <input type="radio"/> ASTHME     |

**Allergies connues et conduites à tenir :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Indiquez ici d'autres difficultés de santé en précisant les dates (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opération de rééducation, ...) :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Actuellement, votre enfant suit un traitement ?**  OUI  NON

**Si oui, lequel ? (Joindre l'ordonnance si le traitement doit être pris durant le temps d'accueil) :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**L'accompagnement de votre enfant nécessite-t-il l'écriture d'un Projet d'Accompagnement Individuel ?**  OUI  NON

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 Familles Rurales de tout changement de coordonnées (téléphone, adresse...)

Autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par le Centre Social Familles Rurales

M'engage à rembourser tous les frais médicaux avancés

Certifie que mon enfant est à jour des 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 et soient diffusés sur les réseaux sociaux

Autorise l'équipe éducative à transporter l'enfant dans un des véhicules du Centre Social Familles Rurales si besoin

Autorise le Centre Social Familles à m'informer par mail et SMS des informations concernant les activités de la structure.

En cochant cette case j'approuve avoir lu et accepté les conditions ci-dessus.

**DATE :** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **LIEU :** \_\_\_\_\_ **SIGNATURE :** \_\_\_\_\_