

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 :

- ☐ Adhésion individuelle : 3 €
☐ Adhésion familiale : 10€

NUMÉRO ALLOCATAIRE :

☐ CAF du Nord ☐ CAF de l'Aisne

☐ MSA ☐ Autre :

L'un des parents est-il bénéficiaire du RSA : ☐ Oui ☐ 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. **Si vous ne souhaitez pas que vos données soient utilisées, merci de cocher ici :** ☐

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

- | | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| ☐ RUBÉOLE | ☐ VARICELLE | ☐ ANGINE | ☐ RHUMATISME | ☐ SCARLATINE |
| ☐ COQUELUCHE | ☐ OTITE | ☐ ROUGEOLE | ☐ OREILLONS | ☐ 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 : _____