



FICHE INDIVIDU MINEUR 2022/2023

NOM : PRÉNOM :

Masculin

Féminin

DATE DE NAISSANCE :

	Parent 1	Parent 2	Beau-père	Belle-mère
NOM				
PRÉNOM				
AUTORITÉ PARENTALE	Oui Non	Oui Non		
TÉLÉPHONE				
TÉLÉPHONE TRAVAIL				

LISTE DES PERSONNES (hors parents) AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ENFANT

NOM	PRÉNOM	LIEN DE PARENTE	TÉLÉPHONE

LISTE DE PERSONNE INTERDITE A RÉCUPÉRER L'ENFANT (fournir copie du document officiel de jugement)

NOM	PRÉNOM	LIEN E PARENTE	TÉLÉPHONE

ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

- Stéphane Hessel ARS SUR FORMANS Petit berger ARS SUR FORMANS
- CHALEINS MISERIEUX SAVIGNEUX RANCE VILLENEUVE AUTRE ECOLE

Collège Jean Moulin TREVoux

Autre collège :

Lycée Val de Saône TREVoux

Autre Lycée :

• Classe

TPS/PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

autres :

RÉGIME ALIMENTAIRE

Pas de régime spécial

Sans porc

PAI projet d'accueil individualisé (fournir impérativement le document)

AUTORISATIONS

J'autorise le personnel à sortir de l'établissement pour les sorties en groupe

J'autorise Je n'autorise pas – l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant mon enfant (SAMU, pompier, hospitalisation, anesthésie...)

J'autorise Je n'autorise pas – le Centre Socioculturel à utiliser l'image de mon enfant sur tout support de communication pour les besoins du Centre Socioculturel

J'autorise la direction à consulter notre dossier allocataire CDAP afin d'accéder directement aux ressources (Quotient, Revenu, Nombre d'enfants à charges) à prendre en compte pour le calcul des tarifs. (Le service CDAP.fr respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel à l'équipe de direction.)

J'autorise Je n'autorise pas – le personnel à administrer les éventuelles médications prescrites sur présentation de l'ordonnance.

J'autorise Je n'autorise pas – mon enfant à rentrer seul après les activités

J'autorise le personnel à transporter ou faire transporter dans les véhicules de l'établissement dans le cadre des sortir en groupe

J'autorise Je n'autorise pas – mon enfant à pratiquer les activités nautiques

TRAITEMENT MEDICAL

Pas de traitement médical

Mon enfant suit un traitement médical : préciser :

ALLERGIES

Pas d'allergie, Allergie alimentaire, Asthme, Allergie médicamenteuse

Préciser cause et conduite à tenir.....

DIFFICULTÉ DE SANTÉ DE L'ENFANT préciser

.....

RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS préciser

.....

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche

DATE

NOM PRENOM SIGNATAIRE

SIGNATURE