



ENFANT

Nom : Prénom :
 Sexe : Féminin Masculin Date de naissance :
 Classe : Etablissement scolaire :
 Numéro CAF : Enseignant/Professeur :

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT (parents ou tuteur légal)

Responsable légal 1

Responsable légal 2

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
Code postal :	Code postal :
Ville :	Ville :
Tél. domicile :	Tél. domicile :
Portable :	Portable :
Tél. professionnel :	Tél. professionnel :
Email :	Email :

Décharge de responsabilité

- Autorise mon enfant à participer à toutes activités proposées par le centre
- Autorise les responsables à prendre toutes les mesures, hospitalisations, interventions.....
- Autorise l'éventuelle parution de photographies ou films dans le cadre des activités
- Certifie que mon enfant est à jour des vaccinations
- Peut partir seul(e) de la Source
- Peut récupérer son/ses petits-te(s) soeur(s) / frère(s)
- Autorise les animateurs à récupérer mon/mes enfants à l'école [CLAS]

Contact 1

Nom : Prénom :
 Autorisé(e) à venir chercher l'enfant au Centre socio Culturel

Contact 2

Nom : Prénom :
 Autorisé(e) à venir chercher l'enfant au Centre socio Culturel

Contact 3

Nom : Prénom :
 Autorisé(e) à venir chercher l'enfant au Centre socio Culturel





ENFANT

Nom : Prénom :
Numéro de Sécurité Sociale :
Numéro Assurance Scolaire :

Vaccination

- Photocopie du carnet de vaccination
 Certificat Médical de Contre-Indication (Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires à jour)

Renseignements Médicaux concernant l'Enfant

L'enfant suit-il un traitement médical, PAI ? OUI NON
Si oui : Merci de joindre l'ordonnance et de prendre rendez vous pour rencontrer l'animateur référent
Mon enfant bénéficie-t-il de l'AEEH ? OUI NON
Si oui : Merci d'en informer l'équipe afin d'adapter au mieux son accueil

Allergies

ASTHME OUI NON
Médicamenteuses OUI NON
Alimentaires OUI NON

Préciser la cause et la conduite à tenir :
.....

Difficultés et Recommandations

Difficultés de santé (troubles, maladie, accident) et Recommandations utiles

.....
.....

Médecin Traitant

Nom : Téléphone :
Ville :

Je/Nous soussigné(es)
responsable(s) légal (aux) de l'enfant, déclare/déclarons exacts les renseignements portés sur
cette fiche .

Date : Signature :

