

**Centre Socioculturel de la Baratte - Médio**

4, rue des quatre Echevins

58000 Nevers

Tél. : 03 86 93 90 50



NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance :

**Responsable légal 1** : Père, mère, tuteur de l'enfant \*

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... Apt. : .....

C.P. : ..... Ville : .....

N° sécurité sociale :

☎ Domicile :         Bureau :

☎ Portable :

Adresse @ : ..... @ .....

**Responsable légal 2** : Père, mère, tuteur de l'enfant \*

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... Apt. : .....

C.P. : ..... Ville : .....

N° sécurité sociale :

☎ Domicile :         Bureau :

☎ Portable :

Adresse @ : ..... @ .....

**En cas d'urgence, personnes à prévenir si responsables légaux non joignables**

Nom : ..... Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

☎ Domicile :         Autre :

Nom : ..... Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

☎ Domicile :         Autre :

**Les responsables légaux autorisent ces personnes à venir chercher l'enfant dans la structure**

**Prestations familiales**

C.A.F. : 0

Autre : (MSA, SNCF, EDF... précisez) ..... N° : .....



**Assurance responsabilité civile** (joindre l'attestation)

Compagnie : .....

N° adhérent : .....

**Vaccinations** (se référer au carnet de santé de l'enfant)

Vaccins		Préciser	Dates du dernier rappel
Obligatoire	<b>DT Polio ou assimilé</b>		
Recommandés	<b>BCG</b>		
	<b>ROR</b>		
	<b>Coqueluche</b>		
	<b>Hépatite</b>		
	<b>Méningite</b>		

Si l'enfant n'a pas le vaccin **obligatoire**, joindre un certificat de contre-indication

ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

**2. – Renseignements médicaux concernant l'enfant**L'enfant suit-il un traitement médical ? **Oui** **Non**Si oui, joindre l'ordonnance récente et les médicaments correspondants (*boîtes de médicaments dans l'emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**

L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES :

Rubéole : Oui Non	Varicelle Oui Non	Angine Oui Non	Scarlatine Oui Non	Rhumatisme articulaire Oui Non
Coqueluche Oui Non	Otite Oui Non	Rougeole Oui Non	Oreillons Oui Non	Autre : préciser

**Votre enfant est-il asthmatique** Oui Non**Votre enfant est-il diabétique :** Oui Non**Est-il allergique à certains médicaments** Oui Non**Est-il allergiques à certains produits alimentaires** Oui Non

Si oui conduite à tenir : .....

.....

Régime alimentaire particulier : .....

Difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations...) en précisant les précautions à prendre : .....

.....

L'enfant porte-t-il : des lentilles Oui Non des lunettes Oui Non

Un appareil auditif Oui Non dentaire Oui Non



Je soussigné(e), (NOM, Prénom) ..... responsable légal de l'enfant, **autorise** le responsable de la structure à **prendre toutes mesures** (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) **rendues nécessaires par l'état de l'enfant.**

Date :

Signatures : Responsable légal 1

Responsable légal 2

**Autorisations parentales :**

Je soussigné(e), (NOM, Prénom) ..... responsable légal de l'enfant, autorise :

Mon enfant à **participer** à toutes les sorties organisées dans le cadre de l'ALSH : **Oui** **Non**

Le **transport de mon enfant** dans le véhicule du responsable en cas de nécessité **Oui** **Non**

La **publication de la photo** de mon enfant dans une édition locale  
affiche, guide, magazine... **Oui** **Non**

La responsable du secteur à **accéder** à mes données personnelles sur **CAFPRO** **Oui** **Non**

**Décharge annuelle (départ à partir de 11h30 et/ou 17h30)**

Je soussigné(e), (NOM, Prénom) ..... responsable légal de l'enfant, autorise ce dernier à rentrer à partir de 11h30 et/ou 17h30 :

- **Seul**

- **Accompagné des personnes suivantes :**

Nom : ..... Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

☎ Domicile :           Autre :

Nom : ..... Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

☎ Domicile :           Autre :

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à signaler toute modification des renseignements fournis.

Fait à Nevers le : ..... / ..... / .....

Signatures : **responsable légal 1**

**responsable légal 2**

