

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

SEXE : F - M Date de naissance : _____

NOM : _____ PRENOM : _____

RESPONSABLES LÉGAUX

MÈRE : Autorité parentale OUI NON

Nom marital : _____ Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Situation de famille : Célibataire - Mariée - Veuve - Séparée - Pacsée

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél domicile : _____ Tél portable : _____ Tél travail : _____

Adresse mail : _____

PÈRE : Autorité parentale OUI NON

Nom : _____ Prénom : _____

Situation de famille : Célibataire - Marié - Veuf - Séparé - Pacsé

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél domicile : _____ Tél portable : _____ Tél travail : _____

Adresse mail : _____

AUTRE ORGANISME : Autorité parentale OUI NON

Organisme : _____ Fonction : _____

Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél domicile : _____ Tél portable : _____

Adresse mail : _____

Personnes à contacter en cas de problème si les parents sont absents :

Nom et prénom : _____ Tél : _____

Nom et prénom : _____ Tél : _____

Personnes autorisées à prendre l'enfant :

Nom et prénom : _____ Tél : _____

Nom et prénom : _____ Tél : _____

Les problèmes médicaux à signaler (maladie, accident, hospitalisation...) Précisez dates et précautions à prendre : _____
_____**Points à signaler (lunettes, prothèse, problèmes comportements...) Précisez :** _____
_____**L'enfant suit-il un traitement médical ?** OUI NON**Allergies :** Asthme : OUI NON Médicamenteuses : OUI NON

Alimentaire : OUI NON

Précisez la cause et la conduite à tenir, si protocole à suivre, le fournir : _____
_____**Pour les parents d'enfants en situation de handicap :**

Votre enfant bénéficie t-il d'une reconnaissance MDPH : OUI NON

Si oui, bénéficie t-il de l'AEEH ? (justificatif à fournir) : OUI NON

Pouvez nous préciser quelques informations utiles concernant votre enfant tels : le rythme, alimentation, hygiène, relation à l'autre, établissement fréquenté : _____
_____**Autres renseignements obligatoires :**

Assurance : _____ N° Sécurité sociale : _____

Régime : CAF n° _____ MSA n° _____

Pêche n° _____ Autre n° _____

Pièces à joindre au dossier : Copie du livret des vaccins obligatoires et attestation d'assurance

Je soussigné, Monsieur ou Madame _____ représentant légal de l'enfant _____ autorise le personnel de l'accueil de loisirs à prendre toute décision concernant la santé de mon enfant. J'autorise la MJC à photographier mon enfant lors des activités et à utiliser les photos dans les supports de communication de la MJC : **OUI NON**

Nous vous rappelons que le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD - 25/05/18) vous permet à tout moment de vous désinscrire de nos réseaux d'informations, d'accéder, modifier ou supprimer les informations vous concernant grâce à ce contact : communication@mjctregunc.fr

À : _____ **LE :** _____**SIGNATURE :****CERTIFIÉ EXACT**