

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE**

**Remplir obligatoirement toutes les rubriques (merci)**

Renseignements	Responsable légal 1	Responsable légal 2	Mon enfant bénéficiera t'il de la carte loisirs : CAF                      MSA <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non (si oui : nous en faire une copie)
Nom - Prénom			
Né(e) le :			
Profession			
N° de téléphone de l'employeur			
N° Sécurité Sociale			En cas d'urgence pendant les heures d'ouverture du centre, la personne à prévenir est : Nom : _____ Prénom : _____ ☎ : _____ _____ _____
Êtes-vous allocataire de : la CAF ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    n° d'allocataire : _____ la MSA ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    n° d'allocataire : _____ si autre régime préciser : _____			Caisse de: _____ _____ _____

*Ces informations restent uniquement à usage professionnel et ne seront en aucune façon diffusées.*

**ACTE D'ENGAGEMENT :**

*Je soussigné(e)*

\_\_\_\_\_

*responsable du jeune*

*déclare avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement de l'accueil de Loisirs organisé par la CCALN et autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées et à utiliser les moyens de transport prévus pour se rendre sur ces mêmes activités par les organisateurs et décharge ces derniers de toute responsabilité en cas d'accident pouvant survenir avant ou après les heures d'ouverture ou de fermeture du centre ; autorise également les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales...). De même, j'autorise le centre à prendre des photographies ou des images vidéos de mon enfant dans le seul but de promouvoir le centre ou pour diffuser lors de manifestations liées aux activités du Centre. J'autorise également les organisateurs à consulter mon quotient familial sur le site de la Caisse d'Allocations familiales « CAF pro » dédié à cet effet.*

*Je prévois également que mon enfant sera présent lors des vacances de :*

Février 2020

- du 17 au 28 février
- restauration le midi
- transport par car

Avril 2020

- du 14 au 24 avril
- restauration le midi
- transport par car

Eté 2020


- du 06 au 31 juillet
- restauration le midi
- transport par car

Octobre 2020

- du 19 au 31 octobre
- restauration le midi
- transport par car

à .....le ..... / ..... /2020

Signature du responsable légal du jeune  
à faire précéder de la mention « lu et approuvé »



**(\* une confirmation d'inscription sera demandée avant chaque période**



# CAJ CCALN

NON PIZZA

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE JEUNE

D O S S I E R M E D I C A L

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Adresse (complète) : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ âge \_\_\_\_\_ ans  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse mail parents : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Adresse mail jeune : \_\_\_\_\_  
 Nom et numéro d'assurance de l'enfant : \_\_\_\_\_

**Votre enfant a-t-il eu (1)**

<b>* des maladies infectieuses</b>	<b>* des maladies chroniques</b>
- scarlatine      oui - non	- asthme            oui - non
- oreillons        oui - non	- épilepsie        oui - non
- coqueluche     oui - non	- otites            oui - non
- rougeole        oui - non	
- rubéole          oui - non	
- varicelle        oui - non	

(1) rayer la mention inutile  
 \* si oui, a-t-il actuellement un traitement quotidien et lequel ?

**Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ?**  
 \* lesquelles ?  
 \* dates des opérations ?

**Votre enfant est-il allergique ?** \* si oui, précisez (médicaments, animaux...):

**Votre enfant suit-il un régime alimentaire spécifique ?**  
 \* si oui, précisez :

**En cas d'animations et de jeux d'eau, votre enfant porte-t-il :**

* des drains dans les oreilles ?	oui - non
* des lunettes ?	oui - non
* des lentilles de contact ?	oui - non

Nom et adresse du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Sortie du Centre

Je soussigné(e) M, Mme \_\_\_\_\_  
 Responsable légal du jeune \_\_\_\_\_

L'autorise à rentrer seul, à pied.  
 Autorise : \_\_\_\_\_  
 M., Mme, Melle \_\_\_\_\_  
 M., Mme, Melle \_\_\_\_\_

à le reprendre à la sortie de l'accueil,  
 Ou  Nous viendrons le rechercher tous les jours,  
 Ou  A rentrer seul à la maison en descendant du car.

À \_\_\_\_\_  
 le ..... / ..... / 2020  
 Signature du responsable légal

