

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS

Photo
obligatoire

L'ENFANT

Nom : Prénom :
 Date de naissance : / / 20..... Lieu de naissance : ☐ Garçon ☐ Fille
 Assurance Responsabilité Civile : Contrat :
 Régime alimentaire (**un seul choix possible**) :
☐ Standard ☐ Sans viande ☐ Sans porc ☐ Végétarien

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

1. RESPONSABLES DE L'ENFANT

NOM ALLOCATAIRE CAF / MSA : N° CAF / MSA :

RESPONSABLE 1

Nom : Prénom :
 Adresse :
☐ Courriel :
☐ Tél portable : ☐ Tél professionnel :
 Profession :
 Employeur :

RESPONSABLE 2

Nom : Prénom :
 Adresse :
☐ Courriel :
☐ Tél portable : ☐ Tél professionnel :
 Profession :
 Employeur :

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical à l'année** lors de sa présence dans une structure de la 3CE ?

☐ Oui ☐ Non

En cas de traitement médical (de courte ou de longue durée), je fournis l'ordonnance ainsi que les médicaments correspondants et j'autorise le personnel à les administrer. Les boîtes de médicaments doivent être dans leur emballage d'origine, accompagnées de la notice et marquées au nom de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance. Les médicaments doivent être remis en main propre au directeur de la structure d'accueil et ne doivent en aucun cas être laissés dans le sac de l'enfant (voir règlement intérieur page 14).

ALLERGIES :

MEDICAMENTEUSES ☐ Oui ☐ Non
 ALIMENTAIRES ☐ Oui ☐ Non
 ASTHME ☐ Oui ☐ Non

ou AUTRES :

P.A.I. (projet d'accueil individualisé) en cours : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre les formulaires PAI S1 et S2 de la 3CE, signés par le médecin traitant accompagnant sa mise en place.
 (Votre médecin doit préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir dans le document PAI de la 3CE.)

DOSSIER MDPH : ☐ Oui ☐ Non
 (si oui, merci de nous fournir une copie)

Bénéficiaire AEEH : ☐ Oui ☐ Non

MÉDECIN TRAITANT :

Nom : N° téléphone :
 Adresse :

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil. Les difficultés de santé (maladies, accidents, hospitalisations, opérations, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

4. AUTORISATIONS

- J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : ☐ Oui ☐ Non
 - J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : ☐ Oui ☐ Non
 - J'autorise mon enfant à participer aux sorties éducatives organisées par les structures d'accueil ? ☐ Oui ☐ Non
 - J'autorise mon enfant à sortir seul de l'activité sans l'accompagnement d'un adulte (**uniquement les enfants scolarisés en élémentaire**) : ☐ Oui ☐ Non
 - J'autorise la prise de photographies et/ou vidéos de mon enfant dans le cadre d'activités et/ou de sorties organisées par les structures de la 3CE :
- ☐ Pour la publication dans une revue interne (gazette et blog de la structure à destination des parents...)
- ☐ Pour la publication dans un journal (DNA...)
- ☐ Pour la publication d'une affiche
- ☐ Pour la valorisation d'un reportage (canal local...)
- ☐ Pour la publication d'une affiche pour la diffusion sur sites internet (site de la 3CE, Facebook...)

5. PERSONNES MAJEURES HABILITÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Si plus que deux personnes, ajouter un papier reprenant les mêmes demandes.

Attention : un enfant scolarisé en maternelle ne peut être récupéré que par une personne majeure autorisée et identifiée par les parents.

Nom et prénom :

Lien de parenté : Téléphone :

A contacter en cas d'urgence ☐ Oui ☐ Non

Nom et prénom :

Lien de parenté : Téléphone :

A contacter en cas d'urgence ☐ Oui ☐ Non

CADRE RÉGLEMENTAIRE

- Autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.
- Reconnais avoir été informé(e) que les données à caractère personnel recueillies dans le cadre des dossiers d'inscription aux services et activités auxquelles participe mon enfant sont obligatoires pour permettre à la 3CE la prise en compte et le suivi de mon dossier. Elles seront conservées durant tout le temps où mon enfant fréquente la structure.
- Autorise la 3CE, dans le respect du secret professionnel, à communiquer aux seules personnes et organismes concernés par la gestion de ce dossier, les informations à caractère personnel et médical nécessaires de mon enfant.
- M'engage à honorer les factures correspondantes à l'inscription.
- Reconnais avoir pris connaissance des mentions relatives au recueil des données personnelles, déclare exacts les renseignements portés sur cette feuille et m'engage à les réactualiser si nécessaire.
- La signature de la feuille de renseignements vaut acceptation du présent règlement intérieur et prise en compte des conditions d'exploitation des structures de la 3CE.

Je soussigné(e),
responsable légal 1 de l'enfant,

Je soussigné(e),
responsable légal 2 de l'enfant,

À Le
Signature :

À Le
Signature :

03.88.74.10.56.

guichetunique.enfance@cc-erstein.fr

1 rue des 11 communes - 67230 BENFELD

Un service de la Communauté de Communes du Canton d'Erstein

www.cc-erstein.fr