

SAISIE NOE

Réservé administration

| Année | Date inscription | Quotient | Activité fréquentée | N° adhésion | Montant adhésion | Mode de paiement | Cotisation ALSH 1€ | Mode paiement |
|-------------|------------------|----------|---------------------|-------------|------------------|------------------|--------------------|---------------|
| 2022 - 2023 | | | | | | | | |
| 2023 - 2024 | | | | | | | | |
| 2024 - 2025 | | | | | | | | |

MARIE CELIBATAIRE SEPRE VEUF VIE MARITALE DIVORCE PACSE

| | |
|---|---|
| MADAME <input type="checkbox"/> | MONSIEUR <input type="checkbox"/> |
| Nom : | Nom (si différent) : |
| Prénom : | Prénom : |
| Date de naissance : | Date de naissance : |
| Adresse : | Adresse : |
| Téléphone domicile : | Téléphone domicile : |
| Téléphone portable: | Téléphone portable: |
| Téléphone travail : | Téléphone travail : |
| Email : | Email : |
| Profession : | Profession : |
| Autres : RSA <input type="checkbox"/> chômeur <input type="checkbox"/> sans profession <input type="checkbox"/> | Autres : RSA <input type="checkbox"/> chômeur <input type="checkbox"/> sans profession <input type="checkbox"/> |
| N° ALLOCATAIRE CAF : | |
| N° SECURITE SOCIALE (uniquement pour les activités enfants)..... | |

ORGANISME QUI VERSE DES ALLOCATIONS FAMILIALES : CAF MSA AUTRE

Nombre d'enfants à charge.....

- (1) NOM prénom de l'enfant date de naissance
- (2) NOM prénom de l'enfant..... date de naissance
- (3) NOM prénom de l'enfant date de naissance
- (4) NOM prénom de l'enfant..... date de naissance

ENGAGEMENTS ET AUTORISATIONS :

- 1) J'autorise le centre à utiliser les éventuelles photos ou films vidéo faits de (**mon enfant, de moi-même**) lors de ses activités pour usage de communication (presse, expo, publicité, Facebook du centre de loisirs, site Internet : <http://cssaintjust.free.fr>).
- 2) Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche, et je m'engage à signaler tout changement de situation familiale, d'adresse, d'Email ou de n° de téléphone
- 3) J'autorise le directeur du centre social à prendre toutes les mesures qu'il jugera utiles, en cas d'accident ou d'incident survenant sur la personne de mon enfant
- 4) J'autorise le centre social à accéder directement à mon dossier allocataire par l'intermédiaire du service nommé CAFPRO
- 5) J'autorise mon enfant à participer aux sorties de plein air, baignades, à utiliser les transports dans le cadre des activités.
- 6) Pour le centre aéré et les activités enfants, j'autorise mon enfant à rentrer seul OUI NON
- 7) J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur, le respecter, ainsi que les horaires.
- 8) J'autorise le centre à saisir mes informations personnelles et médicales.

Date :

Signature :

FICHE ENFANT

| NOM | Prénom | Date naissance |
|-----|--------|----------------|
| | | |

AUTORITE PARENTALE : conjointe mère père

Allergies (alimentaires ou médicamenteuses)

.....

Régime alimentaire : (Cochez la case)

Viande Sans viande Sans porc

Autre :

Problèmes de santé.....

.....

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

| NOM | PRENOM | ADRESSE | TELEPHONE | QUALITE |
|-----|--------|---------|-----------|---------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT AUTRES QUE LES PARENTS

| NOM | PRENOM | ADRESSE | TELEPHONE | QUALITE |
|-----|--------|---------|-----------|---------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Date :
Signature 2022/2023

Date :
Signature 2023/2024

Date :
Signature 2024/2025

| VACCINS | DATE |
|---|------|
| BCG : | |
| DTP : (Revaxis) | |
| DTP+COQ : (Hexyon, Tétracoq, Tetravax, Repevax, infanrix Tetra, Boostrixetra) | |
| DTP + COQ + HEMOPHILUS : (Pentacoq, Pentavac, Infanrix Quinta, InfanrixHexa, Vaxelis) | |
| PNEUMOCOQUE : (Prevenar, Pneumovax) | |
| MENINGITE :(Meningococ, Act-Hib, Bexsero, Menjugate, menveo, Neisvac, Nimenrix) | |
| ROR : (Priorix, MMRVaxpro) | |
| HEPATITE B : (Engerix B10 et B20, HBVaxPro, Genhevac) | |
| AUTRES : | |