

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM :

PRÉNOM :

LES DOCUMENTS À FOURNIR	Cadre réservé à l'administration		
	Oui	Non	Date
La fiche de renseignements dûment remplie			
La photo d'identité de mon enfant (récente)			
La photocopie des vaccinations DTP (à jour)			
L'assurance responsabilité civile / extrascolaire			
L'attestation de droits CAF ou MSA ou AUTRES (joindre la notification de paiement)			
La photocopie de vos derniers avis d'impositions			
La photocopie du livret de famille			
La photocopie du Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)			

RÉGIME D'APPARTENANCE			
REGIME :	<input type="radio"/> CAF	<input type="radio"/> MSA	<input type="radio"/> Autres :
N° d'allocataire :			
Autorisation de consulter mon quotient familial sur le site de CAFPRO ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

RESPONSABLES LÉGAUX			
Autorité parentale conjointe (cochez la réponse) :			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
MÈRE		PÈRE	
NOM :		NOM :	
PRÉNOM :		PRÉNOM :	
N° téléphone :		N° téléphone :	
Situation de famille :		Situation de famille :	

AGASC

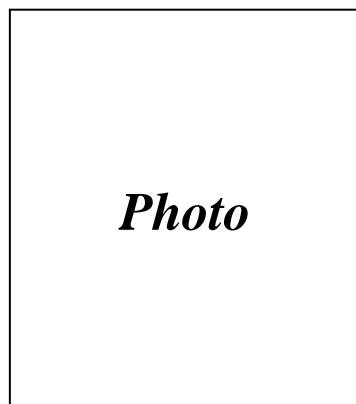
SPORT / LOISIRS / CULTURE / SOCIAL

Suivez-nous sur les réseaux
en cliquant sur l'image :



AGASC ACTION ANIMATION
589 avenue de la Libération
06700 SAINT-LAURENT-DU-VAR
04.92.12.20.74





MON ENFANT		
NOM :		
PRÉNOM :		
Date de naissance :		
Lieu de naissance :		
Ecole fréquentée :		
Classe :		
	Oui	Non
A-t-il un PAI ?		
Sait-il nager ?		

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX			
Nom du médecin traitant :			
N° DE SÉCURITE SOCIAL (celui sous lequel est rattaché l'enfant): _ _ _ _ _			
VACCINS OBLIGATOIRE	Nom du vaccin	Date du vaccin	Rappel prévu :
Diphtérie (D) Tétanos (T) Poliomyélite (P)			
VACCINS RECOMMANDÉS	Nom du vaccin	Date du vaccin	Rappel prévu :
Rougeole Oreillons Rubéole			
Coqueluche			
Hépatite B			
Autres (précisez) :			

LA COMPOSITION DU FOYER DE MON ENFANT			
<input type="radio"/> MONSIEUR	<input type="radio"/> MADAME	<input type="radio"/> MONSIEUR	<input type="radio"/> MADAME
NOM :		NOM :	
PRÉNOM :		PRÉNOM :	
Père – Mère – Tuteur – Autre :		Père – Mère – Tuteur – Autre :	
N° téléphone :		N° téléphone :	
N° téléphone :		N° téléphone :	
Mail :		Mail :	
Profession :		Profession :	
Employeur :		Employeur :	
N° téléphone professionnel :		N° téléphone professionnel :	
Adresse :			

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX					
<i>L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?</i>	Oui	Non	<i>L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?</i>	Oui	Non
Rubéole			Coqueluche		
Otite			Rougeole		
Varicelle			Angine		
Scarlatine			Oreillons		
Rhumatisme					
Autres (maladies, hospitalisation, opérations ...) :					

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER MON ENFANT (Personnes majeures uniquement)	
Nom & Prénom :	N° téléphone :
Nom & Prénom :	N° téléphone :
Nom & Prénom :	N° téléphone :
Nom & Prénom :	N° téléphone :
Nom & Prénom :	N° téléphone :

ASTHME, ALLERGIES, PATHOLOGIES ... (Protocole d'Accueil Individualisé (PAI), à valider avec la Direction)			
		Cadre réservé à l'administration <i>Procédure d'urgence ? Besoins spécifiques ? Panier repas ? Traitement à la maison ?</i>	
Asthme (entourez la réponse) :	Oui	Non	
Allergies (précisez) :	Oui	Non	
Intolérances alimentaires (précisez)	Oui	Non	
Autres :		Cadre réservé à l'administration <i>Procédure d'urgence ? Besoins spécifiques ? Panier repas ? Traitement à la maison ?</i>	
Reconnaissance MDPH	Oui	Non	
Bénéficie-t-il d'une AVS ?	Oui	Non	
Percevez-vous l'AEEH ?	Oui	Non	
Percevez-vous la PCH ?	Oui	Non	
Suivi par un service spécialisé (SESSAD, Hôpital de jour...)?	Oui	Non	
Besoins spécifiques ?	Oui	Non	

Je soussigné(e),, certifie exact les renseignements communiqués dans ce document.
 J'autorise la publication de photos sur les documents, médias et site de l'AGASC.
 J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités du centre et autorise le (la) directeur (trice) de l'ACM à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.
 Je m'engage au respect du Règlement Intérieur de l'ACM (disponible sur demande).

Fait à, le Signature