



FICHE FAMILLE

* Saisie des données personnelles.

Je certifie l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche, déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement du CSCS de Haute-Charente et m'engage à le respecter.

✓ J'autorise le CSCS de Haute-Charente à saisir mes données personnelles. Je dispose d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de mes données en envoyant un mail à cscshc.accueil@cscshautecharente.fr

✓ J'autorise le CSCS à saisir mes informations médicales.

(exemples : données du carnet de santé, certificat médical...).

Date et signature

PARENT 1		PARENT 2	
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Profession		Profession	
Adresse		Adresse	
Date naissance		Date naissance	
Situation familiale <input type="checkbox"/> concubin <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> pacsé <input type="checkbox"/> séparé		Situation familiale <input type="checkbox"/> concubin <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> pacsé <input type="checkbox"/> séparé	
	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Nom			
Prénom			
Date naissance			

	Nom	Prénom	Téléphone
Personne(s) à prévenir en cas d'urgence			
Personnes interdites à récupérer l'enfant			

N° Allocataire CAF/MSA : _____ **Quotient familial** _____ €

La tarification dépend de votre quotient familial. En l'absence de cette information, le CSCS facturera plein tarif.

Comité d'entreprise : _____

Autorisations

<input type="checkbox"/> J'autorise <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas	Le CSCS de Haute-Charente à sortir mon enfant de son lieu d'accueil pour les sorties en groupe.
<input type="checkbox"/> J'autorise <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas	le personnel du CSCS de Haute-Charente à photographier ou filmer mon enfant dans la mesure où les films et images ne seront utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'établissement : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> plaquette d'activités, supports papier. <input type="checkbox"/> site internet, page Facebook.
<input type="checkbox"/> J'autorise <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas	Le personnel à consulter notre dossier allocataire CDAP afin d'accéder directement aux ressources (quotient, revenus, nb d'enfants à charge) à prendre en compte pour le calcul des tarifs. Le service CDAP respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation à la CNIL.
<input type="checkbox"/> J'autorise <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas	le CSCS de Haute-Charente à utiliser mon numéro de téléphone portable ou celui de mon enfant : _____ pour l'intégrer dans un groupe Whatsapp spécifique au CSCS.
<input type="checkbox"/> J'autorise <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas	Mon/mes enfant(s) à rentrer seul(s) après les activités.
<input type="checkbox"/> J'autorise <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas	Le CSCS à transporter ou faire transporter mon enfant dans les véhicules de l'établissement dans le cadre des sorties en groupe.
<input type="checkbox"/> J'autorise <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas	Le CSCS à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident impliquant mon enfant (SAMU, pompiers, hospitalisation, anesthésies) avec mon accord préalable.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MEDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non
.....
.....
.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....
.....
.....
.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Numéro sécurité sociale :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :