

Dossier d'information

Un dossier par famille

RESPONSABLES LÉGAUX ET/OU PARTICIPANTS MAJEURS (+ DE 18 ANS)

A. NOM / Prénom : Date de naissance :

N° de sécurité sociale :

Adresse :

Tél fixe : Tél portable : Tél professionnel :

e-mail :

B. NOM / Prénom : Date de naissance :

N° de sécurité sociale :

Adresse :

Tél fixe : Tél portable : Tél professionnel :

e-mail :

Autres personnes majeures à contacter en cas de nécessité et/ou autorisées à prendre en charge les enfants du foyer

NOM / Prénom : Téléphone :

NOM / Prénom : Téléphone :

NOM / Prénom : Téléphone :

NOM / Prénom : Téléphone :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Responsable légal destinataire de la facture :

Numéro Allocataire CAF : N° de police d'assurance RC :

Numéro de sécurité sociale d'affiliation des enfants du foyer¹ :

Autorise l'utilisation des images pour les publications de L'élan Coluche et de la ville de Château-Renault

Autorise à laisser partir seul mon enfant âgé de plus de 10 ans

¹ A compléter si concerné

INFORMATIONS AU SUJET DES ENFANTS

A. NOM / Prénom : Date de naissance :

Sexe (M OU F) : École :

L'enfant suit-il en traitement médical : COUI (PAI A COMPLÉTER) CNON

Dates de vaccinations ²:

Diphtérie : Tétanos : Poliomyélite : DT POLIO : Tetra Coq :

Maladies contractées :

CVaricelle CAngine CScarlatine CRubéole CRhumatisme articulaire CCoqueluche COtite
 CRougeole COreillons

Recommandations :

Allergies :

Alimentaires :

Autres :

B. NOM / Prénom : Date de naissance :

Sexe (M OU F) : École :

L'enfant suit-il en traitement médical : COUI (PAI A COMPLÉTER) CNON

Dates de vaccinations ³:

Diphtérie : Tétanos : Poliomyélite : DT POLIO : Tetra Coq :

Maladies contractées :

CVaricelle CAngine CScarlatine CRubéole CRhumatisme articulaire CCoqueluche COtite
 CRougeole COreillons

Recommandations :

Allergies :

Alimentaires :

Autres :

C. NOM / Prénom : Date de naissance :

Sexe (M OU F) : École :

L'enfant suit-il en traitement médical : COUI (PAI A COMPLÉTER) CNON

Dates de vaccinations ⁴:

Diphtérie : Tétanos : Poliomyélite : DT POLIO : Tetra Coq :

Maladies contractées :

CVaricelle CAngine CScarlatine CRubéole CRhumatisme articulaire CCoqueluche COtite
 CRougeole COreillons

Recommandations :

Allergies :

Alimentaires :

Autres :

² A partir du carnet de santé

³ A partir du carnet de santé

⁴ A partir du carnet de santé

D. NOM / Prénom : Date de naissance :

Sexe (M OU F) : École :

L'enfant suit-il en traitement médical : COUI (PAI A COMPLÉTER) CNON

Dates de vaccinations ⁵:

Diphtérie : Tétanos : Poliomyélite : DT POLIO : Tetra Coq :

Maladies contractées :

CVaricelle CAngine CScarlatine CRubéole CRhumatisme articulaire CCoqueluche COTite

CRougeole COreillons

Recommandations :

Allergies :

Alimentaires :

Autres :

Je soussigné(e) certifie la sincérité des renseignements mentionnés sur le présent dossier d'information, déclare avoir pris connaissance et m'engage à respecter et faire respecter le règlement de fonctionnement de L'élan Coluche, déclare avoir pris connaissance des tarifs, et autorise les agents municipaux à accueillir mes enfants et à les faire hospitaliser en cas de nécessité.

Date :

Signature (NOM-Prénom) :