

ENFANT

NOM : Prénom :

Date et lieu de naissance : Age : Sexe :

Assuré : OUI – NON (Barrer la mention inutile)

Allergique : OUI –NON (Si oui porter une attention particulière au dos de cette feuille)

RESPONSABLE : Père – Mère – Autre (préciser)

Attention : Personne qui couvre socialement l'enfant, qui perçoit les prestations et qui recevra la facture

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal + Ville :

Adresse e-mail :

Tél : Dom :/...../...../..... Bureau :/...../...../..... Port...../...../...../...../.....

Profession : Employeur :

Régime Maladie : CPAM – MSA – Autre N° AS

N°CAF : **PASS MSA** (fournir le justificatif au service)

☐ Je ne souhaite pas fournir mon n°CAF ou mon avis d'imposition et par conséquent je suis informé(e) qu'il me sera appliqué le tarif le plus élevé.

SECOND PARENT : Père – Mère – Autre (préciser)

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal + Ville :

Tél : Dom :/...../...../..... Bureau :/...../...../..... Port...../...../...../...../.....

Situation entre les responsables : Mariés ☐ Pacsés ☐ Union libre ☐ Célibataire ☐ *Divorcés ☐ *Séparés ☐

*En cas de séparation ou de divorce des parents, précisez qui dispose de l'autorité parentale (joindre jugement). Si accord amiable le préciser :

J'atteste sur l'honneur responsable de l'enfant ci-dessus désigné (e), l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à communiquer au CAJI dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche

☐ Autorise le SIVU Arthes Lescure par le biais du CAJI, si besoin à consulter les éléments de mon dossier CAF pour fixer le tarif applicable en fonction du quotient familial. Conformément à la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, je peux m'opposer à la consultation de ces informations adressant un courrier au **CAJI Arthès – Lescure** – maison du CAJI 10 Avenue de l'Hermet 81380 Lescure. Dans ce cas il m'appartient de donner les éléments nécessaires à mon dossier.

☐ Autorise le SIVU Arthes Lescure par le biais du CAJI à publier et utiliser les photos, les films et les enregistrements audio sur lesquelles figure mon enfant dans le cadre des activités du CAJI. Celles-ci pourront être reproduites par le SIVU ou la presse en partie ou en totalité sur tout support (internet, support municipaux ou article de presse) sans que cela occasionne une demande ultérieure de rémunération de ma part.

☐ M'engager à ce que mon enfant passe le test de capacité nautique pour les activités nautiques et la baignade à titre individuel.

☐ Avoir fourni une attestation d'assurance de responsabilité civile

☐ Autorise en cas d'incident impliquant notre enfant à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande.

☐ J'autorise mon à enfant rentrer seul à son domicile ou partir avec une tierce personne après une activité en prévenant les animateurs du C.A.J.I

A....., le

Signature du responsable :

FICHE SANITAIRE

Groupe Sanguin :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCES :

Autre : Nom : Tél : Port :

Autre : Nom : Tél : Port :

Médecin traitant : Tel :

Lieu d'hospitalisation :

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Date dernier rappel	VACCINS recommandés	Oui	Non	Date dernier rappel
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite DTPolio / Tétracoq				Oreillon			
BCG				Rougeole			
				Coqueluche			

Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre indication

L'enfant suit-il un traitement médical particulier : OUI / NON

Régime alimentaire particulier :

L'enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapés, si oui fournir un duplicata
OUI / NON

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Rubéole	oui	non	Varicelle	oui	non	Scarlatine	oui	non	Rhumatisme	oui	non
Coqueluche	oui	non	Otite	oui	non	Rougeole	oui	non	Oreillons	oui	non

Allergies	oui	non	A :
Asthme	oui	non	Conduites à tenir
Diabète	oui	non	
Cardiopathie	oui	non	
Epilepsie	oui	non	
Hémophilie	oui	non	
Perte de connaissance	oui	non	
Autres :			

Recommandations utiles des parents (port de lentilles, prothèses auditives, dentaires...) Précisez :

.....
.....

-Je soussigné(e)..... responsable légal de l'enfant :

☐ Autorise le responsable du service à prendre toute mesure (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de l'enfant, y compris lors des sorties organisées.

☐ En soumettant ce formulaire, j'accepte que les informations recueillies (sur ces 2 volets) soient exploitées pour les finalités listées ci-après. Les informations portées sur ce formulaire feront l'objet d'un traitement informatisé destiné à l'inscription de votre enfant à toutes fins de bénéficier des services du CAJI. Les destinataires des données sont exclusivement le personnel habilité au traitement logistique du CAJI Arthes Lescure. Conformément à la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficierez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au *CAJI Arthès – Lescure* – maison du CAJI 10 Avenue de l'Hermet 81380 Lescure.

Date : Signature du responsable :