

DOSSIER D'INSCRIPTION 2016
Association Familles rurales
de Saint Marcellin en forez

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

SEXE :

	Père	Mère
Nom et Prénom :
Adresse complète :
Numéros de téléphone :		
Domicile :
Travail :
Portable :
Profession :
Adresse mail :
N° d'assuré Social :	
Caisse	

Les allocations familiales sont versées par : CAF (Roanne, St Etienne), MSA, Autre)

Nom de la caisse :

Adresse :

N° d'allocataire :

Coefficient familial :

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT EN FIN DE SEANCE ET LIEN DE PARENTE:

PROBLEMES DE SANTE UTILES A CONNAITRE ET REGIME ALIMENTAIRE :

DATE DTP :

DATE BCG :

Nom et adresse du médecin de famille

Téléphone :

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance et les médicaments.

L'enfant est-il autorisé à repartir seul ? *Oui/Non*

Autorisez-vous la structure à utiliser les photos de votre enfant (sur des programmes d'animation, des diaporamas, des vidéos, la presse, etc), A L'EXCLUSION D'INTERNET ? *Oui/Non*

Autorisez-vous la structure à utiliser les photos de votre enfant sur son site Internet ? *Oui/Non*

Autorisez-vous votre enfant à être transporté en voiture particulière (si besoin) ? *Oui/Non*

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux ou chirurgicaux) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. De plus, je les autorise à faire une sortie simple pour mon enfant.

Date et signature des parents (précédée de la mention "lu et approuvé") :