

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....

4 - REGIME ALIMENTAIRE

- Repas standard
- Repas de substitution (sans viande)

5 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc. PRÉCISEZ :

.....
.....

Facultatif : NOM et tél. du médecin traitant :

6 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM - Prénom	
Adresse (pendant le séjour)	
Titulaire de l'autorité parentale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON >> si non joindre attestation de délégation de la part du responsable
Téléphone domicile	
Téléphone mobile mère	
Téléphone mobile père	
Profession > mère	
Profession > père	
C.A.F. n° allocataire	
Sécurité sociale	n°
Assurance (Nom et n°)	
Personne(s) à prévenir en cas d'urgence (+ tél)	

L'enfant (âgé de 10 ans révolu) **rentre-t-il seul ?** REPONSE OBLIGATOIRE ! **OUI** **NON**

Personnes (âgées de 16 ans minimum) habilitées à chercher l'enfant :

Classe fréquentée en juin 2020 : Ecole :

Classe fréquentée à la rentrée 2020/2021 : Ecole :

Droits à l'image : J'autorise le CSC PAX à faire usage, pour ses documents de communication internes et externes de mon :

- Image
- Son
- Voix
- Journaux
- Réseaux Sociaux
- NON

*Conforme à l'article 9 du Code Civil (CNIL loi n°=78-17 du 6 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés avec le **Règlement général sur la protection des données (RGPD)** du 27 avril 2016 directement applicable dans tous les pays européens depuis le **25 mai 2018**.*

Je soussigné : NOM – Prénom, **père, mère, responsable légal** ou responsable temporaire en précisant le lien de parenté (**barrer les mentions inutiles**) **de l'enfant : NOM – Prénom :** déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendus nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :