

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	
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	
Sécurité sociale	n°
Assurance (Nom et n°)	
Personne(s) à prévenir en cas d'urgence (+ tél)	

Carte de membre 2022 / 2023 : (valable du 1/07/22 au 30/06/23)	<input type="checkbox"/> - de 16 ans (1 €) <input type="checkbox"/> de 16 à 25 ans (1 €) <input type="checkbox"/> + de 25 ans (12 €) <input type="checkbox"/> Famille (16 €)	Activité : _____
Bon C.A.F. (du Haut-Rhin)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	N° allocataire : _____
Droits à l'image : J'autorise le CSC PAX à faire usage, pour ses documents de communication internes et externes de mon : <input type="checkbox"/> Image <input type="checkbox"/> Son <input type="checkbox"/> Voix <input type="checkbox"/> Journaux <input type="checkbox"/> Réseaux Sociaux <input type="checkbox"/> 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 :