

**Nom de l'enfant :** .....

**Prénom de l'enfant :** .....;

**Date de Naissance :** ...../...../..... **Classe :** .....

☎ **Téléphone Jeune :** ...../...../...../...../.....

✉ **Mail Jeune :** .....

👤 **Compte Facebook &/ou Instagram (facultatif) :**  
 .....

**PARENTS DE L'ENFANT**

	Mère	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
<b>Nom, Prénom :</b>				
<b>Adresse du domicile :</b>				
<b>Tél. Domicile/Portable :</b>				
<b>Courriel :</b>				
<b>N° Sécurité sociale :</b>				

**Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) :** .....

N° Allocataire **C.A.F.** ou **M.S.A.** : ..... **Régime Social :** .....

C.A.F. d'appartenace :  CAF du Bas-Rhin /  M.S.A /  Autre C.A.F. ....

☞ **Régime Alimentaire** :  Standart /  Sans Porc /  Sans Viande

☞ L'enfant suit-il un **traitement médical** ?  Oui /  Non (Si **oui** joindre une **ordonnance** récentes ainsi que les **médicaments** corespondants).

☞ **Allergies :**

Astme  Oui /  Non

Médicamenteuses :  Oui /  Non (Si **oui** précisez lesquels : .....) )

Alimentaires :  Oui /  Non (Si **oui** précisez lesquels : .....) )

Autres .....

**Médecin traitant :** Nom : ..... **Téléphone** .....

**Adresse :** .....

⚡ **P.A.I (Protocole d'Accueil Individualisé)** en cours  Oui /  Non (Si **oui** joindre le protocole & toutes informations utiles)

.....  
 .....  
 .....

☞ **Indiquez ci-après :**

Mon enfant a-t-il eu des **antécédents médicaux** :  Oui /  Non  
 (Si **oui** précisez .....) )

Mon enfant a-t-il eu des **antécédents chirurgicaux** :  Oui /  Non  
 (Si **oui** précisez .....) )

👉 **Recommandations des parents** : (exemple : porte-t-il des lunettes, prothèses auditives, des prothèses ou appareils dentaires)  
 .....  
 .....

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire :

**Nom de la compagnie :** ..... **N°Téléphone** ..... **N°Contrat :** .....

En cas d'**accident ou incident**, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

J'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives pendant les activités :  Oui /  Non

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...) :  Oui /  Non

Je soussigné(e) ..... déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus et approuve le règlement intérieur.

**Fait à** ..... , **le** ..... **Signature des**

**⌘ Pensez à joindre à ce document :**  
L'attestation d'assurance scolaire 2023-2024.  
La copie des vaccins.

Les documents relatifs au PAI (s'il y en a un à mettre en place).