



88, Route de la Combe
73130 ST ETIENNE DE CUINES
Tél: 04/79/56/35/06
enfance@declicc73.fr

Cette fiche doit être bien renseignée, afin de garantir l'accueil de votre enfant



Fiche Individuelle ENFANCE 2023/2024

Nom _____	Prénom _____
Adresse : _____ _____	Né(e) le _____
Téléphone mère: _____	Sexe : _____
Téléphone père : _____	mail contact INOE : _____
	Autre mail: _____

Régime (CAF—MSA—SNCF)
Régime allocataire : _____
Non allocataire: _____
N° allocataire: _____

Généralités :
Classe fréquentée: _____
Enseignant: _____
Etablissement scolaire : _____

CDAP
J'autorise DECLICC à consulter mon dossier allocataire CDAP pour accéder directement à mon QF <input type="checkbox"/> oui — non
Si non , je fournis un justificatif de QF

Situation familiale des parents :
Garde alternée <input style="width: 50px; height: 20px;" type="checkbox"/>

Régime alimentaire : aucun /sans porc/sans viande/PAI
--

Personnes autorisées ou interdites de récupérer le mineur et numéros de téléphone
--

NOM/PRENOM/NUM TEL
NOM/PRENOM/ NUM TEL
NOM/PRENOM/NUM TEL

PARENTS					
Parent 1	Responsable légal	Oui / non	Parent 2	Responsable légal	Oui / non
Parenté			Parenté		
Nom			Nom		
Prénom			Prénom		
Profession			Profession		

- ◆ J'autorise mon enfant à participer aux activités et sorties de l'alsh Oui—Non
- ◆ J'autorise DECLICC à photographier-filmer mon enfant en périscolaire et en alsh Oui—Non
- ◆ J'autorise DECLICC à diffuser les photos et vidéos de mon enfant sur le site de DECLICC et sur ses réseaux sociaux Oui—Non
- ◆ J'autorise DECLICC à transporter mon enfant dans les minibus du centre social DECLICC Oui—Non
- ◆ J'autorise mon enfant à rentrer seul à mon domicile, après l'activité périscolaire et en alsh (pour les + 6 ans) Oui—Non
- ◆ Je m'engage à déposer mon enfant auprès de l'équipe d'animation qu'à partir de 7h30, pas avant Oui—Non

En disposition de l'article 27 de la loi Informatique et Liberté du 6 Janvier 1978, nous vous informons qu'en l'absence de réponse à l'une des rubriques obligatoires (en gras dans le formulaire) votre adhésion ne pourra être enregistrée. Les informations portées sur ce bulletin d'adhésion sont destinées UNIQUEMENT à la gestion courante de l'association DECLICC et à l'Union Départementale des Associations Familiales de la Savoie.

La loi n° 7817 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce questionnaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès du délégué à la protection des données de DECLICC.

Je soussigné(e) responsable légal(e) de l'enfant certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche

Date et lieu :

Signature du responsable légal :



Fiche Sanitaire de Liaison

(Attention à l'exactitude des informations suivantes)

Vaccinations :

Joindre impérativement la photocopie des vaccinations

VACCINS OBLIGATOIRES			DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Maladies déjà contractées :

Rubéole		Rhumatismes	
Varicelle		Scarlatine	
Angines		Coqueluche	
Otites		Asthme	
Rougeole		Oreillons	

Difficultés de santé de l'enfant : (Maladies; accidents; allergies; opérations...)

Recommandation des parents :

L'enfant suit-il actuellement un traitement ? (si oui, lequel ?)

si PAI , obligation de le transmettre (via votre espace famille) et fournir une trousse au nom de l'enfant avec les médicaments et l'ordonnance .

Attention, nous ne sommes pas en mesure d'administrer des médicaments aux enfants hors prescription du médecin

Je soussigné(e), _____, responsable de l'enfant, déclare l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité ou du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et lieu :

Signature :