



## ENFANTS UTILISATEURS DES SERVICES

	<b>Enfant 1</b>	<b>Enfant 2</b>	<b>Enfant 3</b>	<b>Enfant 4</b>
<b>Nom</b>				
<b>Prénom</b>				
<b>Sexe</b>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Bénéficiaire de l'AEH</b> (Allocation Enfant Handicapé)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<b>RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX</b>				
<b>Médecin traitant</b>				
<b>Téléphone</b>				
<b>Mutuelle</b> n° Contrat mutuelle				
<b>Allergie alimentaire ou contre indication</b> <u>Si oui précisez :</u>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Autres allergies</b> <u>Si oui précisez :</u>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Asthme</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Autres problèmes de santé éventuels</b> (si votre enfant a un PAI (Projet d'Accueil Individualisé), merci de le préciser)				
<b>Les vaccinations de mon enfant sont à jour</b>	<b>Fournir obligatoirement une photocopie de tous les vaccins pour chaque enfant</b>			
<b>AUTORISATIONS</b>				
Autorise la diffusion de l'image de mon (mes) enfant(s) mineur(s) prise lors des manifestations, stages, ateliers, animations sur les différents support de communication de l'organisateur (plaquettes, Internet, Facebook, presse, panneaux photos, etc...) * en application de l'article 9 du code civil : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
En cas d'urgence, nous autorisons les organisateurs à présenter mon (mes) enfant(s) à un médecin et le prendre toutes les mesures nécessaires pour qu'il(s) reçoive(nt) les soins appropriés.				

Selon la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, (vous pouvez consulter le texte de loi en suivant ce lien) : <https://www.cnil.fr/fr/loi-78-17-du-6-janvier-1978-modifiee>

J'autorise la structure à saisir mes informations personnelles.  Oui     Non

J'autorise la structure à saisir mes informations médicales.  Oui     Non

*En cochant la case **NON** dans les demandes d'autorisation, votre ou vos enfants ne pourront participer à aucune activités.*

Fait à

Le

Signature

**Après avoir rempli ce document, merci de l'enregistrer sur votre ordinateur afin de l'imprimer pour le signer et le remettre au responsable de la structure accueillant votre (vos) enfant(s)**

***Cette fiche ne peut-être modifiée que par vos soins. Vos informations étant confidentielles, les organisateurs de structures différentes ne pourront se communiquer cette fiche : cette démarche ne peut être effectuée que par vous-même.***