



CENTRE SOCIOCULTUREL LES PORTES DU VALOIS

44 rue Gambetta
60440 Nanteuil le Haudouin
Tél : 03.44.88.37.90
Fax : 03.44.88.37.99

Photo

D'Identité

Obligatoire

Fiche de Renseignements Jeunesse

Nom Prénom :

Age : Sexe :

Né(e) le ___/___/___ à Nationalité :

N° de sécurité sociale affilié au responsable légal :

Généralités

Scolarité :

Classe (en septembre **2020**) :

Etabl. Scolaire + Ville :

Repas spéciaux:

Allergie :

Sans porc Sans viande

Végétarien (sans viande et sans poisson)

Autres :

Informations complémentaires :

Personnes autorisées ou interdites à venir chercher l'enfant, Y COMPRIS LES PARENTS

<u>Interdit</u>	Nom - Prénom	Téléphones	Lien de Parenté
<input type="checkbox"/>			

Détail des autorisations

Autorisons <input type="checkbox"/>	Le personnel à sortir mon jeune de l'enceinte de l'établissement pour les sorties en groupe.
N'autorisons pas <input type="checkbox"/>	
Autorisons <input type="checkbox"/>	Le personnel à photographier ou filmer mon jeune dans la mesure où les films et images ne seront utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'établissement.
N'autorisons pas <input type="checkbox"/>	
Autorisons <input type="checkbox"/>	L'équipe de direction à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant mon jeune . (Hospitalisation, SAMU, pompiers).
N'autorisons pas <input type="checkbox"/>	
Autorisons <input type="checkbox"/>	Mon jeune à rentrer seul après les activités (Périscolaire / ALSH / CLAS / ...)
N'autorisons pas <input type="checkbox"/>	
Autorisons <input type="checkbox"/>	Le personnel à transporter ou faire transporter mon jeune dans les véhicules de l'établissement dans le cadre des sorties en groupe.
N'autorisons pas <input type="checkbox"/>	
Autorisons <input type="checkbox"/>	A mettre des photos de mon jeune sur le site ou affiches du CSPV
N'autorisons pas <input type="checkbox"/>	

Je soussigné,----- responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant en fonction des éléments ci dessus.

Médecin	Spécialité	Adresse	Téléphone	Ville

Père	Autorité parentale <input type="checkbox"/>
Nom :	
Prénom :	
Téléphone :	
Adresse : (si différente du foyer)	

Mère	Autorité parentale <input type="checkbox"/>
Nom :	
Prénom :	
Téléphone :	
Adresse : (si différente du foyer)	

- Je me dois d'informer et de signaler tout changement auprès de la responsable de la structure.
 - Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur ce dossier et déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de la structure et m'engage à le respecter.
 - Dans le cadre de la réglementation RGPD :
 - 1) J'autorise la structure à saisir les informations personnelles de ce dossier. Dans le cas contraire merci de cocher la case suivante . Dès lors je comprends que ce dossier ne pourra être traité par le CSPV et que l'enfant ne pourra pas être accueilli sur les différentes structures du CSPV.
 - 2) J'autorise la structure à saisir les informations médicales de ce dossier. Dans le cas contraire merci de cocher la case suivante . Dès lors je comprends que ce dossier ne pourra être traité par le CSPV et que l'enfant ne pourra pas être accueilli sur les différentes structures du CSPV.
- Les informations serviront principalement au CSPV et à ses partenaires financiers (CAF...). Elles seront gardées jusqu'à un an après utilisation.

Fait à :

Le :

"Lu et approuvé"

Signature du père, de la mère ou du tuteur légal.

CADRE ADMINISTRATIF

<input type="checkbox"/> Assurance scolaire	<input type="checkbox"/> Avis d'imposition	<input type="checkbox"/> Photocopie vaccins	<input type="checkbox"/> Fiche Sanitaire de liaison
---	--	---	---



CENTRE SOCIOCULTUREL LES PORTES DU VALOIS

44 rue Gambetta
60440 Nanteuil le Haudouin

Tél : 03.44.88.37.90
Fax : 03.44.88.37.99

Fiche de Renseignements des personnes HABITANT le Foyer

Nom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone domicile : Sur liste rouge :

E-mail (obligatoire) :

Nombre d'enfant à charge :

Régime : CAF

MSA

AUTRES :

Allocataire :

N° Allocataire :

Caisse :

Adulte 1

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Situation familiale :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Profession :

Employeur :

Adresse employeur :

.....

Téléphone travail :

Adulte 2

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Situation familiale :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Profession :

Employeur :

Adresse employeur :

.....

Téléphone travail :

Enfants du Foyer

Nom	Prénom	Date de naissance	Responsable légal	Lien parenté (père, mère, beaux-parents, tuteurs, ...)

1) Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de la structure et m'engage à le respecter.

2) Dans le cadre de la réglementation RGPD, j'autorise la structure à saisir mes informations personnelles. Dans le cas contraire merci de cocher la case suivante . Dès lors je comprends que ce dossier ne pourra être traité par le CSPV.

Signature adulte 1 :

Signature adulte 2 :

Documents à fournir :

Attestation d'assurance scolaire 2020/2021 (dès qu'elle sera disponible)

Copie des vaccins (les 2 doubles pages du carnet de vaccinations)