

A FOURNIR : Les copies des vaccins et
une assurance Responsabilité Civile

NOM ENFANT :

.....

Pôle Education Jeunesse - Pôle Restauration Scolaire BADEN

Dossier Individuel d'Admission (1 dossier par enfant)

RENSEIGNEMENTS DES RESPONSABLES LEGAUX

CIVILITE : M / MME

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TELEPHONE PORTABLE :/...../...../...../.....

ADRESSE MAIL :@.....

Régime allocataire : CAF- N° Allocataire :

MSA- (Fournir attestation)

Autre :

Quotient Familial :€

Si l'enfant est hébergé sur Baden par de la famille ou des proches, merci d'indiquer ci-après :
(Nom, prénom, adresse postale et lien de parenté)

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

RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../..... NATIONALTE :

SEXE : Féminin Masculin

ECOLE :CLASSE : VILLE :

AUTORISATIONS

PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE EN CHARGE L'ENFANT

Nom	Prénom	Numéro de Téléphone	Lien de parenté

AUTORISATION DE PHOTOS

Autorisez-vous les agents du Pôle Education Jeunesse ainsi que du Pôle Restauration Scolaire, à prendre en photos votre enfant, et à utiliser celles-ci pour :

- Les publications municipales, les articles de presse, l'affichage au sein de la municipalité, les diaporamas, les réseaux sociaux ... ?

OUI

NON

AUTORISATION DE CONSULTATION DU QUOTIENT FAMILIAL

J'autorise la structure à consulter les informations concernant mon quotient familial (accès professionnel ; secret professionnel respecté)

OUI

NON

LE MINEUR EST IL AUTORISE A RENTRER SEUL A LA FIN DES ACTIVITES ? oui non

AUTORISATION DE MAQUILLAGE

Dans le cadre des activités du Pôle Education jeunesse, votre enfant est susceptible d'être maquillé. Autorisez-vous votre enfant à être maquillé ?

OUI

NON

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

- N° de Sécurité Sociale couvrant l'enfant (obligatoire pour les affiliés MSA):
- En cas d'accident ou d'urgence, souhaitez-vous que votre enfant soit conduit dans un Centre Hospitalier particulier ? oui non Si oui, lequel ?

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Oreillons	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Rhumatisme articulaire aigu
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui

L'enfant a-t-il des allergies :

Alimentaires <input type="checkbox"/> oui	Asthme <input type="checkbox"/> oui	Conduite à tenir : Recommandations des parents et difficultés de santé (maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation...)
Médicamenteuses <input type="checkbox"/> oui	Autres <input type="checkbox"/> oui	

L'enfant a-t-il un **PAI** (Projet d'Accueil Individualisé) ? oui non

Si oui, transmettre le PAI ainsi que les médicaments énoncés dans celui-ci

DOCUMENT A RETOURNER EN MAIRIE - mairie@baden.fr

Je soussignéresponsable légal de certifie exacts les renseignements portés sur ce dossier et avoir pris connaissance des règlements intérieurs du pôle Education - Jeunesse et du pôle de restauration scolaire, mis à disposition sur le site internet de la Commune de Baden.

Fait à le

Signature :