Centre social de Beaulieu
11 Bd Karl Marx - 42100 Saint-Etienne
Tél. : 04 77 25 38 52
www.centre-social-beaulieu.fr
csbeaulieu.cafloire@caf.cnafmail.fr

FICHE SIGNALETIQUE

à remplir et à rendre impérativement pour toute inscription au centre social de Beaulieu

Cadre réservé au Centre social de Beaulieu	*Date dépôt du dossier : ……..……* ☐ *QF* ☐ *Assurance* ☐ *Vaccins* ☐ *Attestation (s) employeur (s)* ☐ ***ALSH*** ☐ ***Périscolaire*** ☐ ***Accompagnement Scolarité***

ENFANT

Nom ……
Prénom……..
Né (e) le…… **Garçon** ☐ **Fille** ☐
Nationalité……..…

Classe……
Ecole ……..
ou accueil spécialisé ……

N° téléphone de la famille ……

N° téléphone domicile ……☐ liste rouge

Adresse……
……

Mutuelle ……

Percevez-vous l'AEEH pour votre enfant ? oui ☐ **non** ☐

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI ? oui ☐ **non** ☐
(si oui, merci de nous en fournir une copie)

PARENTS – Responsables légaux

PARENT 1	PARENT 2
Civilité : ☐ Monsieur ☐ Madame	**Civilité :** ☐ Monsieur ☐ Madame
Nom ……	**Nom** ……
Prénom……	**Prénom**……
Tél portable……	**Tél portable**……
Profession……..	**Profession**……..
Employeur……	**Employeur**……
Tél travail……	**Tél travail**……
E-mail……	**E-mail**……
Situation familiale……	**Situation familiale**……
Adresse (si elle est différente de celle de l'enfant) …… ……	*Adresse (si elle est différente de celle de l'enfant)* …… ……

Régime allocataire	☐ régime général ☐ fonction publique ☐ autres régimes			Nombre d'enfants à charge	
N° allocataire		Quotient familial		Date d'effet	

Je m'engage à signaler <u>TOUTE</u> modification de mon quotient familial.

Après 2 rappels, toute facture impayée fera l'objet d'un prélèvement sur prestations familiales ou de l'engagement d'une procédure de recouvrement forcé, par le service contentieux de la Caf.

AUTORISATIONS POUR L'ENFANT

Nom et prénom : ……..

Je soussigné (e)**, ……..……..,**
responsable légal (e) de **l'enfant……..**

AUTORISE *expressément les personnes (se munir d'une pièce d'identité) citées ci-dessous à venir récupérer mon enfant (aucun enfant ne sera confié à un mineur de moins de 16 ans)*

Nom – prénom	N° téléphone	Lien de parenté

INTERDIT *expressément les personnes citées ci-dessous à venir récupérer mon enfant (fournir la copie de la décision de justice)*

Nom – prénom	Lien de parenté

****

❑ autorisons le personnel à sortir mon enfant de l'enceinte de l'établissement pour les sorties en groupe
❑ n'autorisons pas

❑ autorisons la diffusion de l'image de mon enfant :
- sur le site internet et les publications du centre social de Beaulieu
- sur le site internet et les publications des Francas
- dans la presse locale

pour toutes les images effectuées dans le cadre des activités du centre social de Beaulieu
❑ n'autorisons pas

❑ autorisons l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgence (SAMU, pompiers) en cas d'accident impliquant mon enfant
❑ n'autorisons pas

❑ autorisons mon enfant à rentrer seul(e) après les activités organisées par le centre social de Beaulieu
❑ n'autorisons pas

❑ autorisons le personnel à transporter ou faire transporter mon enfant dans les véhicules de l'établissement dans le cadre des Sorties en groupe
❑ n'autorisons pas

❑ autorisons le centre social de Beaulieu à consulter notre dossier allocataire (Caf NIMS) et à en conserver une copie écran
❑ n'autorisons pas

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

A St-Etienne, le **Signature parentale**

Centre social de Beaulieu
11 Bd Karl Marx - 42100 Saint-Etienne
Tél. : 04 77 25 38 52
www.centre-social-beaulieu.fr
csbeaulieu.cafloire@caf.cnafmail.fr

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM…….. PRENOM…….

Date de naissance …… Fille ☐ Garçon ☐

1 – VACCINATIONS : joindre obligatoirement une copie du carnet de vaccination

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

. L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?	Oui	Non
Rubéole		
Varicelle		
Angine		
Rhumatisme articulaire aigu		
Scarlatine		
Coqueluche		
Otite		
Rougeole		
Oreillons		

. Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui ☐ non ☐
Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

. L'enfant bénéficie-t-il d'un suivi éducatif et/ou médical ? oui ☐ non ☐

. ALLERGIES : alimentaires oui ☐ non ☐
médicamenteuses oui ☐ non ☐
autres (animaux, plantes, pollen) oui ☐ non ☐
Précisez…….

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

. L'enfant présente-t-il un problème de santé (maladie, accident, opération ou autres…) oui ☐ non ☐
Si oui, précisez ……
…….
…….

En cas de situation de handicap ou de problème de santé particulier, nous invitons les parents à prendre contact avec la direction du centre de loisirs afin d'organiser l'accueil de l'enfant (Stéphane Lagrevol au 04 77 25 25 37).

3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, etc…
……
……
……

Votre enfant sait il nager ? oui ☐ non ☐

4 – RESPONSABLES DE L'ENFANT

Responsable n° 1

Nom …….. Prénom……
Adresse……
……..
Tél domicile…….. Tél travail…….
Tél portable……

Responsable n° 2

Nom …….. Prénom……
Adresse……
……..
Tél domicile…….. Tél travail…….
Tél portable……

Je soussigné (e)……, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de l'enfant.

Date : Signature :