



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....

**4 - REGIME ALIMENTAIRE**

- Repas standard
- Repas de substitution (sans viande)

**5 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc. PRÉCISEZ :

.....  
.....

**Facultatif : NOM et tél. du médecin traitant :** .....

**6 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

<b>NOM - Prénom</b>	
<b>Adresse</b>	
Titulaire de l'autorité parentale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON >> <b>si non</b> joindre attestation de délégation de la part du responsable
<b>Téléphone domicile</b>	
<b>Téléphone mobile mère</b>	
<b>Téléphone mobile père</b>	
Profession > mère	
Profession > père	
Sécurité sociale	n°
Assurance (Nom et n°)	
<b>Personne(s) à prévenir en cas d'urgence (+ tél)</b>	

<b>Carte de membre 2016 / 2017 :</b> (valable du 1/07/16 au 30/06/17)	<input type="checkbox"/> - de 16 ans (5 €) <input type="checkbox"/> de 16 à 25 ans (5 €) <input type="checkbox"/> + de 25 ans (10 €) <input type="checkbox"/> Famille (15 €)	<b>Activité :</b> _____
<b>Bon C.A.F. (du Haut-Rhin)</b>	<input type="checkbox"/> <b>OUI</b> <input type="checkbox"/> <b>NON</b>	<b>N° allocataire :</b> _____
<i>J'autorise le CSC PAX à faire usage, pour ses documents de communication internes et externes (journaux, rapport annuel d'activités, tracts, site Internet, etc.) de photos où mon image ainsi que celle de mon enfant apparaissent. Conforme à l'article 9 du Code Civil (CNIL loi n°=78-17 du 6 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés) :</i>		
<input type="checkbox"/> <b>OUI</b> <input type="checkbox"/> <b>NON</b>		

**Je soussigné : NOM – Prénom** ....., **père, mère, responsable légal** ou responsable temporaire en précisant le lien de parenté (*barrer les mentions inutiles*) **de l'enfant : NOM – Prénom :** ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendus nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :