

Fiche de renseignements 2019-2020
 Secteur Jeunes
 Place Charles de Gaulle
 70290 Champagny



Nom et prénom du jeune	Date de naissance	Classe

Nom et prénom du père :		
Adresse :		
Téléphone domicile :	Portable :	Professionnel :
Mail :		
Profession :		
Nom et prénom de la mère :		
Adresse (si différente du père) :		
Téléphone domicile :	Portable :	Professionnel :
Mail :		
Profession :		
Numéro de téléphone du jeune :		

Situation de famille					
<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Pacsé(e)	<input type="checkbox"/> Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Vie maritale	<input type="checkbox"/> Célibataire
En cas de divorce joindre un justificatif					
Qui à la garde de l'enfant ? <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère		A qui adresser la facture ? <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère			

Autres informations	
Cotisation annuelle (veuillez indiquer le montant)	
LA COTISATION SERA FACTUREE SUR LA PREMIERE FACTURE	
	8€ si quotient familial ≤680€ 10€ si quotient familial de 681€ à 1500€ 12€ si quotient familial de 1501 à 1800€ 15€ si quotient familial ≥ 1801€ 20€ si hors CCRC
Régime social :	<input type="checkbox"/> Sécurité sociale <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> Autre :

Date :

Signature :

Contact : Marine BATTAGLIA
 03.84.36.51.59 / m.battaglia@ccrc70.fr

Fiche de renseignements 2019-2020
Secteur Jeunes
Place Charles de Gaulle
70290 Champagny



Vaccinations (<i>joindre copie des vaccinations</i>)			
Allergies (<i>précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir, si automédication le signaler</i>)			
Asthmes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Médicamenteuses	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Alimentaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Maladies	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillon <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :			
Difficultés de santé (maladie, accident ...)			
Préciser les dates et les précautions à prendre :			
Recommandations utiles des parents (votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc..., précisez)			

Personne(s) à contacter en cas d'urgence (autres que les parents) et autorisée(s) à venir chercher le jeune			
Nom et prénom	Téléphone fixe	Téléphone portable	Lien avec le jeune

Pièces à fournir et autorisations
<input type="checkbox"/> Ce document entièrement rempli <input type="checkbox"/> Une attestation d'assurance <input type="checkbox"/> Une photocopie des vaccinations <input type="checkbox"/> Une attestation de quotient familial <input type="checkbox"/> Le document CAF des Aides aux Temps Libres (si vous en bénéficiez)
<input type="checkbox"/> J'autorise mon enfant à rentrer seul (depuis le secteur jeunes) <input type="checkbox"/> J'autorise les animateurs à prendre en photo mon enfant et éventuellement les diffuser (Facebook, Instagram, montage vidéo...) <input type="checkbox"/> J'autorise les responsables du centre à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale. <input type="checkbox"/> J'autorise les responsables du centre à prendre leur véhicule personnel à titre exceptionnel. <input checked="" type="checkbox"/> Je déclare savoir qu'aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance. <input checked="" type="checkbox"/> Je décharge le personnel de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant ou après les heures de fonctionnement du centre. <input checked="" type="checkbox"/> Je dégage l'organisateur de toute responsabilité en cas de vol ou de perte d'objets personnels (vêtements, bijoux, téléphones, argent de poche...) <input checked="" type="checkbox"/> Je déclare savoir que toute annulation d'activité sera facturée si je n'ai pas annulé au moins 48h avant le début de l'activité (sauf pour raison médicale je devrai joindre un justificatif). <input checked="" type="checkbox"/> Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Contact : Marine BATTAGLIA
03.84.36.51.59 / m.battaglia@ccrc70.fr