

Adhérent à l'association Familles Rurales de :

ENFANT :

Nom : Prénom :
 Date de naissance : Masculin Féminin
 Régime Alimentaire :

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI* ? OUI NON

*Projet d'Accueil Individualisé

Votre enfant présente des problèmes de santé (allergies, asthme) OUI NON

Votre enfant fait-il l'objet d'une demande auprès de la MDPH* ? OUI NON

*Maison Départemental des Personnes des Ardennes

Votre enfant bénéficie-t-il de l'AEEH* ? OUI NON

*Allocation d'Education Handicapé

PARENTS :

Situation : Célibataire Marié Pacsé Vie Maritale
 Divorcé/Séparé Veuf/Veuve Garde Alternée (1)

	Nom	Prénom	Date de naissance
Père :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mère :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

N° DE TELEPHONE :

	Père	Mère	Autre : _____
Domicile :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Portable :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

EMAIL DES PARENTS :

Père :	<input type="text"/>	@
Mère :	<input type="text"/>	@

ADRESSE PARENTS :

Père :	<input type="text"/>
Mère :	<input type="text"/>

PROFESSION DES PARENTS :

	Père	Mère
Profession :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Employeur + adresse :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone travail :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(1) : Une seule facture est éditée, elle sera envoyée : Maman Papa

Ou deux factures seront éditées avec le solde dû pour chaque parent

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom	Prénom	Lien de parenté	N° de téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

AUTORISATION :

J'autorise Familles Rurales à utiliser et reproduire librement et gratuitement des photographies, des images, des vidéos de mon enfant dans ses différentes publications, y compris Internet, dans le cadre de ses activités :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
J'autorise les responsables à présenter mon enfant à un médecin en cas de soins à donner d'urgence :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
J'autorise mon enfant à participer aux activités/sorties :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
J'autorise mon enfant à se baigner :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
J'autorise mon enfant à rentrer seul après les activités :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
J'autorise le personnel à transporter ou faire transporter mon enfant dans les véhicules Familles Rurales et/ou privés, dans des moyens, dans le cadre des activités pédagogiques, des sorties et/ou séjours :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom	Prénom	Lien de parenté	N° de téléphone

Je soussigné(e) _____

Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Merci de nous tenir informés de tous changements.

Conformément à la loi RGPD, vous consentez à l'utilisation et au stockage de vos données personnelles et la fiche sanitaire dans le cadre des activités Familles Rurales

Date : ____/____/____

Signature du responsable :