



Communauté de Communes du Pays de Ribeauvillé

1 rue Pierre de Coubertin
68150 RIBEAUVILLE

Téléphone : 03 89 73 27 10

Nom, prénom de l'enfant

Né(e) le :

Date de dernière mise à jour de la fiche sanitaire :

Enfant bénéficiant de l'allocation handicap (AEEH)

Médecin traitant : Nom : Téléphone :

Adresse :

Je certifie que mon enfant est à jour des vaccins obligatoires OUI NON . Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication. Dans le cas contraire, l'enfant ne pourra être admis en crèche.

Recommandations des parents :

Famille : Couple Monoparentale Reconstituée Accueil

Nom/ Prénom du payeur principal :

PARENTS DE L'ENFANT	Mère <input type="checkbox"/>	Belle-mère <input type="checkbox"/>	Responsable <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/>	Beau-père <input type="checkbox"/>	Responsable <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :						
Date de naissance :						
Adresse du domicile :						
Tél. Domicile/Portable :						
Courriel :						

NOM ET ADRESSE DES	Mère	Père
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone professionnel		

Nombre d'enfants à charge :

N° Allocataire C.A.F. :

C.A.F. d'appartenance : C.A.F. du Haut-Rhin Autre C.A.F.

Allocataire MSA : OUI NON Numéro d'allocation MSA :

Photocopie de l'avis d'imposition (N-2) : OUI NON

Si information CAF non remises, application des tarifs de la tranche maximale.

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance.

Nom de la ou des personnes susceptibles de venir chercher mon enfant :

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

Pendant les activités, j'autorise le personnel de la Communauté de Communes à photographier et/ou filmer, mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives ainsi que d'utiliser ces supports pour sa promotion et son information (Presse, journaux locaux, nouveaux médias, affiches...) OUI NON

J'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par la structure (à pied, en poussette...) OUI NON

Je soussigné (e)..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant et d'avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure d'accueil.

Lieu d'hospitalisation souhaité :

Fait à le Signature

Si vous n'imprimez pas indiquez votre prénom et nom