

FICHE DE RENSEIGNEMENTS BEAUFIEF



Nom : Prénom :

né(e) le : à :

Régime d'appartenance (CAF, MSA, Autres) : N° Allocataire :

Année scolaire : Année civile :

Allophone

Responsables

Responsable 1

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Tel 1 :

Tel 2 :

Email :

Profession :

Employeur :

Tel bureau :

Situation matrimoniale :

Lien de parenté :

Droit de prise en charge : OUI - NON

Utilisation de l'adresse email pour l'envoi de

Factures Informations générales

Réponses automatiques du Portail Famille

Responsable 2

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Tel 1 :

Tel 2 :

Email :

Profession :

Employeur :

Tel bureau :

Situation matrimoniale :

Lien de parenté :

Droit de prise en charge : OUI - NON

Utilisation de l'adresse email pour l'envoi de

Factures Informations générales

Réponses automatiques du Portail Famille

Délégués (Autres adultes habilités à récupérer et/ou à être contactés)

Nom	Téléphone	Lien de parenté	Prise en charge de l'enfant	A contacter en cas d'urgence
			Oui / Non	Oui / Non
			Oui / Non	Oui / Non
			Oui / Non	Oui / Non
			Oui / Non	Oui / Non
			Oui / Non	Oui / Non

FICHE DE RENSEIGNEMENTS BEAUFIEF

Fiche sanitaire

Médecin : Ville : Téléphone :

Allergie Alimentaire :

Allergie Autre :

Allergie Médicamenteuse :

Appareillage :

Encadrement Spécifique :

Enfant ayant un dossier MDPH :

Enfant ayant un PAI :

Enfant ayant une AVS :

Enfant sait il nager ? :

Information Santé (Asthme....) :

Recommandations / Précautions :

Scolarisation dans un établissement spécialisé. :

Traitement médical :

Mutuelle et responsabilité civile

Mutuelle :

N° :

Responsabilité civile :

N° :

Autorisations

Autorisation de rentrer seul(e) : NON

Autorisation transport : OUI

Accepter le règlement intérieur : OUI

Autorisation Sorties : OUI

Autorisation image au sein de la structure : OUI

Autorisation pour l'Association Beaufief de consulter le CDAP et à recueillir des informations me concernant auprès de ma CAF (ressources N-2 et quotient familial N-2) et à conserver ces renseignements pendant 5 ans minimum :

En cas de refus de ma part à autoriser l'Association Beaufief à consulter le CDAP, je m'engage à fournir moi-même mon attestation de QF à chaque réévaluation. :

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, atteste de l'exactitude des renseignements portés sur ce document ainsi que d'avoir pris connaissance du règlement intérieur, m'engage à prévenir en cas de changement d'une ou plusieurs informations contenues dans cette présente fiche.

Date et signature :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS BEAUFIEF

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à une prise en charge de qualité de votre enfant et à la gestion administrative de votre dossier. Le destinataire des données est BEAUFIEF. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en nous contactant. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.