



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ENFANT :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

SEXE : FILLE / GARÇON

IDENTIFICATION DES REPRESENTANTS LEGAUX

Représentant 1 :

Nom :

Prénom :

Adresse complète :

Portable : / / / /

Domicile : / / / /

Professionnel : / / / /

E-mail :

Employeur :

Représentant 2 :

Nom :

Prénom :

Adresse complète :

Portable : / / / /

Domicile : / / / /

Professionnel : / / / /

E-mail :

Employeur :

AUTORITE PARENTALE : mère – père – les 2 – autre (à préciser)

ADRESSE DE FACTURATION

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postale : Ville :

Adresse mail :@.....

AUTRES PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER VOTRE ENFANT (ou à joindre en cas de retard)

Aucune personne mineure de moins de 8 ans ne sera autorisée à récupérer l'enfant Une pièce d'identité devra être fournie pour toute autre personne que les parents.

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté	Commune

AUTORISATIONS :

J'autorise :

- ✓ Mon enfant à sortir seul (pour les enfants de plus de 8 ans) : **OUI - NON**
- ✓ Le personnel encadrant à prendre toutes les mesures nécessaires (premier soins, hospitalisation ...) en cas d'accident durant l'activité.

Je prends note qu'en cas d'accident, je serai prévenu(e) par le personnel encadrant dans les plus brefs délais.

Dans le cadre des activités périscolaires, les enfants peuvent être photographiés ou filmés en vue de publication ou diffusion. Les parents ne le souhaitant pas doivent le signaler par écrit au moment de l'inscription.

Dans le cadre des activités périscolaires, les enfants peuvent être maquillés. Les parents ne le souhaitant pas doivent le signaler par écrit au moment de l'inscription.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT VOTRE ENFANT

MEDECIN TRAITANT :

Docteur :

Téléphone :

Votre enfant a-t-il des allergies certifiées par un médecin ?

		Remarques			Remarques
Alimentaires	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		Piqûres d'insectes	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Médicamenteuses	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		Asthme	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Régime Alimentaire	SANS VIANDES	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SANS PORC	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Autres :					

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) **OUI – NON**

Aucun médicament même homéopathique ne sera administré sans transmission du PAI

Indiquez ci-après les **DIFFICULTES DE SANTE** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

Votre enfant fait-il la sieste ? **OUI - NON**

- Régime d'allocation familiale : Général – MSA - Non-allocataire

Numéro d'allocataire :

- Assurance : Nom de la compagnie :

Numéro de police :

Toute inscription aux activités des mercredis récréanim' vaut acceptation du règlement intérieur. Celui-ci est mis à disposition des familles au moment de la phase d'inscription.