

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 :@.....

Je souhaite recevoir mes factures par mail : **OUI - NON**

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

**Aucune personne mineure 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 sortie seul (pour les enfants de plus de 8 ans) : **OUI- NON**
- ✓ A se faire maquiller : **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.

OUI- NON

- ✓ 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 nous l'indiquer au moment de l'inscription par courrier.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT VOTRE ENFANT

MEDECIN TRAITANT :

Docteur :

Téléphone :

Votre enfant a-t-il des allergies ?

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**

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler) :

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

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

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



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 :

Je soussigné(e), Responsable légal de l'enfant..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à contacter le cas échéant, les services d'urgence, du fait de l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

Horaires de la Mairie :
Lundi au jeudi de 8h30 à 12h - 13h30 à 17h30
Vendredi et samedi de 8h30 à 12h00

