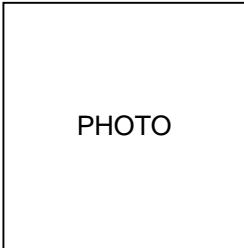




FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILLE - ENFANT



ENFANT :

NOM : _____
PRENOM : _____
DATE DE NAISSANCE : ___ / ___ / ___
SEXE : FILLE / GARÇON

RESPONSABLE 1 DE L'ENFANT

Nom.....Prénom :
Adresse :
Code postale : Ville :
Téléphone domicile : Téléphone travail :
Téléphone portable : Employeur :

RESPONSABLE 2 DE L'ENFANT

Nom.....Prénom :
Adresse (si différente de la mère) :
Code postale : Ville :
Téléphone domicile : Téléphone travail :
Téléphone portable : Employeur :

AUTORITE PARENTALE : responsable 1 – responsable 2 – 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

MEDECIN TRAITANT

Docteur :
Téléphone :

PERSONNES AUTORISEES 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 domicile : Téléphone travail :
Téléphone portable : Lien de parentalité :

Nom..... Prénom
Téléphone domicile : Téléphone travail :
Téléphone portable : Lien de parentalité :

Nom..... Prénom
Téléphone domicile : Téléphone travail :
Téléphone portable : Lien de parentalité :

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.

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 :

PHOTOCOPIE A NOUS JOINDRE :

- Attestation CAF ou MSA – quotient familial : oui non
- carnet de vaccination : oui non

ALLERGIES :

- ASTHME **OUI – NON**
- ALIMENTAIRES **OUI – NON** Si oui à préciser :
- MEDICAMENTEUSES **OUI – NON** Si oui à préciser :
- 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**.

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

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 :