

3 - FICHE DE RENSEIGNEMENTS (à remettre le 1er jour de l'accueil)

L'ENFANT

Nom, Prénom :

Né(e) le : Sexe : M - F

Ecole : Enseignant : Classe :

Régime alimentaire :

Date de dernière mise à jour de la fiche sanitaire :

Famille : Parentale Monoparentale Recomposée Accueil Même sexe

Photo de
l'enfant

(Obligatoire
pour raison
de sécurité !)

PARENTS DE L'ENFANT

	Mère Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :		
Adresse du domicile :		
Tél. domicile / Portable :		
Courriel :		
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone travail :		

Caisse Primaire d'Assurance Maladie de :

N° de Sécurité Sociale :

Caisse d'Allocations Familiales de :

N° d'Allocataire CAF :

Mutuelle : Nom Adresse

N° de Mutuelle :

Assurance Responsabilité Civile N° : Compagnie :

Adresse :

Bénéficiez-vous de l'Aide Médicale Gratuite (CMU) ? oui non (si oui, joindre l'attestation)

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

Nom, Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

LES INFORMATIONS MÉDICALES & LA SANTÉ

- Porte-t-il des lunettes ? oui non (réf. de verre : GD.....)
- Est-il à jour de vaccination ? oui non (joindre obligatoirement la photocopies du carnet de vaccination)
- Est-il allergique ? oui non (si oui, à quoi ?)
Joindre protocole médical

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Rubéole Varicelle Scarlatine Coqueluche Hépatite Rougeole Oreillons

Tout traitement devra être accompagné d'une prescription médicale et d'une autorisation parentale. Joindre obligatoirement l'ordonnance originale récente ainsi que les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine avec la notice et marqué au nom de l'enfant SVP).

Votre enfant est-il sujet à :

Angine oui non **Asthme** oui non **Rhumatisme** oui non

Indiquez les autres difficultés de santé éventuelles (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération) avec leurs dates et les précautions à prendre :

.....

Nom et coordonnées du médecin traitant :

.....

DÉCLARATION DU CHEF DE FAMILLE

Je soussigné, - père - mère - tuteur déclare en tant que responsable légal de l'enfant :

- avoir pris connaissance des conditions générales,
- autoriser mon enfant à participer à toutes les activités organisées par l'accueil,
- à renoncer à toute demande de remboursement de frais de l'accueil en cas d'interruption pour raison personnelle ou comportementale,

à rechercher mon enfant à l'accueil et déclare décharger de toute responsabilité le directeur en cas de problème survenu une fois l'enfant confié à ces personnes.

A, le

Signature