

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

L'ENFANT

NOM et PRENOM	
DATE DE NAISSANCE	

LA FAMILLE

	PARENT 1	PARENT 2
NOM		
NOM DE JEUNE FILLE		
PRENOM		
ADRESSE COMPLETE		
TELEPHONE FIXE		
TELEPHONE PORTABLE		
TELEPHONE DU TRAVAIL		
ADRESSE MAIL		

REGIME ALLOCATAIRE

REGIME ALLOCATAIRE DE L'ENFANT	CAF	MSA	AUTRE
 NOM DE L'ALLOCATAIRE			
NUMERO ALLOCATAIRE			
 QUOTIENT FAMILIAL			

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER MON ENFANT

	1	2	3
NOM			
PRENOM			
LIEN DE PARENTE			
TELEPHONE			

CORRESPONDANCE AVEC LA FAMILLE

Souhaitez vous recevoir votre facture par mail?	OUI	NON
(ATTENTION SI ENVOI PAR COURRIER MERCI DE FOURNIR 11 ENVELOPPES TIMBRES A VOTRE ADRESSE)		
En cas de séparation, correspondance à adresser:	AU PAPA	A LA MAMAN

AUTORISATIONS

MON ENFANT PEUT APPARAITRE SUR LES PHOTOS	OUI	NON
MON ENFANT PEUT PRENDRE LE CAR LORS DES SORTIES	OUI	NON

Je soussigné, certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et certifie être en accord avec tous les termes de ce dernier.

DATE DU JOUR	SIGNATURE

FICHE SANITAIRE

REGIME ALIMENTAIRE

REGIME SANS PORC	OUI	NON
REGIME SANS VIANDE	OUI	NON

VACCINATIONS

	OUI	NON	DATE (dernier rappel)
DIPHTERIE TETANOS POLIOMYELITE ou DT POLIO ou TETRACOQ			
BCG			
HEPATITE B			
ROR			
COQUELUCHE			
AUTRE (à préciser)			

MALADIES Votre enfant a-t-il déjà eu:

LA RUBEOLE	OUI	NON	LA COQUELUCHE	OUI	NON
LA VARICELLE	OUI	NON	UNE OTITE	OUI	NON
UNE ANGINE	OUI	NON	LA ROUGEOLE	OUI	NON
DES RHUMATISMES	OUI	NON	LES OREILLONS	OUI	NON
LA SCARLATINE	OUI	NON			

TRAITEMENTS MEDICAUX et PROBLEMES DE SANTE

UN PAI est-il mis en place ?	OUI	NON
------------------------------	-----	-----

Si l'enfant suit un traitement médical, il est impératif de fournir l'ordonnance, une autorisation de donner le médicament ainsi que les médicaments notés au nom et prénom de votre enfant.

ALLERGIES

ALLERGIES ALIMENTAIRES	OUI	NON	Lesquelles.....
ALLERGIES MEDICAMENTEUSES	OUI	NON	Lesquelles.....
AUTRES ALLERGIES	OUI	NON	Lesquelles.....
ASTHME	OUI	NON	Lesquelles.....

DIVERS

NON ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT	
NUMERO SECURITE SOCIALE	
MUTUELLE..... ASSURANCE.....	

Je soussignéresponsable légal de l'enfant.....
déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaire pour l'état de l'enfant.

DATE DU JOUR	SIGNATURE