

ENFANT

Photo

Nom : Prénom :
 Né (e) le : A
 Sexe : Lieu où séjourne l'enfant :

RESPONSABLES LEGAUX

Père : Mère :
 Adresse : Adresse :
 CP et Ville : CP et Ville :
 Tél : Tél :
 Portable : Portable
 E Mail: E-Mail :
 Profession : Profession :
 Lieu et tél. : Lieu et tél. :

REGIME ALLOCATAIRE

N° sécurité sociale : Assuré :
 N° allocataire CAF ou MSA : Quotient familial :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Vaccinations (dates des derniers rappels) DT Polio :
 ou Tétracoq :

Informations médicales :

L'enfant suit-il un **traitement médical** : oui non
 Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants **dans leur boîte d'origine.**

En cas d'allergie et de difficultés de santé, recommandations et précautions à prendre :

L'enfant a-t'il besoin d'un PAI (Projet d'Accompagnement Individuel) :

Si oui :

Médecin traitant : Adresse :
 Téléphone :

AUTORISATIONS PARENTALES

Personnes autorisées à amener et venir chercher l'enfant au centre (nom-prénom, qualité, adresse et téléphone)

Accord pour l'utilisation des photos, vidéos ou bandes son de mon enfant :

Prise de photos, vidéos ou bandes son	OUI	NON
Diffusion en interne	OUI	NON
Publication et transmission (journaux, radio)	OUI	NON
Autorisation de prise en charge médicale en cas d'accident ou de maladie	OUI	NON
Prise de connaissance du règlement intérieur	OUI	NON
L'enfant sait-il nager ?	OUI	NON
Fournir le cas échéant le brevet de natation		

Nous (je) soussigné(s) _____ responsable(s) légal(aux) de l'enfant
 _____ déclare (ons) exacts les renseignements portés sur cette fiche.

DATE

SIGNATURE