

FICHE ENFANT*Fiche de renseignements*

Éditée le 23/02/2015

Enfant

Nom Prénom Ecole
 Né(e) le à Classe
 Sexe
 Adresse N° de Tel du domicile
 Code Postal Ville

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
CANTINE					
GARDERIE MATIN					
GARDERIE MIDI					
GARDERIE SOIR					
TAPS					

* Cocher le ou les jours où votre enfant est inscrit à nos services

* En cas de planning irrégulier, veuillez fournir un calendrier

Redevable

Nom Prénom
 Adresse
 Situation familiale : Adresse mail :
 N° Allocataire
 J'autorise la Mairie à télécharger mon quotient sur le site CAF PRO : OUI NON
 Assurance Compagnie : N° de contrat :

Responsable légal Père

Nom Prénom Nom et adresse de l'employeur
 Tél profes. Portable.
 Adresse si différente du redevable :

Responsable légal Mère

Nom Prénom Nom et adresse de l'employeur
 Tél profes. Portable.
 Adresse si différente du redevable :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

NOM ; (ARRIERE GRAND PARENT) Tel : . - Tel2 :
 Adresse :
 NOM. . (ARRIERE GRAND PARENT) Tel : . - Tel2 :
 Adresse :

Fiche Sanitaire

Vaccin	1re Inject	2me Inject	3me Inject	Prochaine	Fait	OK	Remarques
BCG					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DT / POLIO					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ROR					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Renseignements médicaux

Votre enfant est-il allergique (o/n) ?
 A quoi ?
 Fait-il l'objet d'un P.A.I (o/n) ?
 Aliments interdits
 Repas particulier

Tournez la page svp



Autorisation en cas d'urgence médicale

Au cas ou un médecin ne pourrait pas soigner l'enfant,

Je soussigné(e)

Autorise les responsables à appeler un médecin de leur choix ou à faire appel aux services hospitaliers (en cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital). La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Dans l'attente de mon arrivée, j'autorise l'établissement hospitalier à donner à mon enfant tous les soins que nécessiterait son état, y compris l'autorisation d'anesthésie ou d'intervention chirurgicale.

Date :

Signature :

Autorisation pour photos et vidéos

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, donne mon accord pour que mon enfant puisse apparaître sur des photos ou vidéos destinées à être diffusées dans la presse à l'occasion de manifestations internes (semaine du goût, ateliers...)

Signature :

Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, atteste l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir la Mairie de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation professionnelle, situation familiale...).

Je reconnais également avoir pris connaissance des règlements intérieurs des accueils périscolaires, du restaurant scolaire et TAPS.

Signature :