

Fiche Enfant 2017 - 2018

A compléter et à déposer en Mairie

L'enfant Ecole : La Buissonnière Pierre Mendes France Autre :

Nom - Prénom :

Date de naissance : Lieu de Naissance : Sexe : Fille Garçon

Adresse :

Responsables

	Responsable légal	Conjoint
Nom - Prénom		
Adresse :
Téléphones :	Tél:..... Portable :.....	Tél:..... Portable :.....
Courriel :	Pro :.....@.....	Pro :.....@.....
Profession Adresse employeur		

Autorisations

Partir Seul : OUI NON

Personnes autorisées à prendre l'enfant (Nom / Prénom / Téléphone)

.....

.....

.....

.....

Prise de Photo : OUI NON

Informations complémentaires

Données CAF (Joindre attestation)

Caisse d'Allocations familiales de :

N° Allocataire :

QF CAF :

Sécurité Sociale (Joindre attestation + Carte de mutuelle)

Caisse de Sécurité Sociale de :

N° Immatriculation :

Informations médicales

	Vaccin	Fait le :	Rappel le :		Maladie :	Date :	Observation :
<u>Vaccinations :</u> (Joindre une copie du carnet de vaccinations)				<u>Maladie(s) contagieuse(s) :</u>			
<u>Pratique(s) alimentaire(s) :</u>				<u>Allergie(s) :</u>			
<u>Contre – Indication :</u>				<u>Traitement ou PAI :</u>	Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance		

Port de lunettes : OUI NON Port d'un appareil dentaire : OUI NON Port d'un appareil auditif : OUI NON

Pratique de Sport : OUI NON Accord d'hospitalisation : OUI NON

Médecin Traitant :

Nom et Adresse :

N° de téléphone :

Je soussignée,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Fait à
Le

Signature