

# Fiche Enfant 2018 - 2019

A compléter et à déposer en Mairie

## L'enfant :

Nom - Prénom : .....

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

Adresse : .....

Ecole :  La Buissonnière  Pierre Mendès France  Autre : .....

## Responsables :

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

## Autorisations :

Partir Seul : OUI  NON

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

.....

.....

.....

## Informations complémentaires :

### Données CAF :

Joindre **obligatoirement** une attestation CAF avec le numéro d'allocataire et le Quotient Familial (QF)

### Sécurité Sociale (Joindre attestation + Carte de mutuelle)

Caisse de Sécurité Sociale de : .....

N° Immatriculation : .....

Prise de Photo : OUI  NON  (Les photos sont susceptibles d'être publiées sur le site internet, la page facebook et dans le bulletin municipal)

## Informations médicales :

	Vaccin	Fait le :	Rappel le :		Maladie :	Date :	Observation :
<b>Vaccinations :</b> (Joindre une copie du carnet de vaccinations)	.....	.....	.....	<b>Maladie(s) contagieuse(s) :</b>	.....	.....	.....
<b>Pratique(s) alimentaire(s) :</b>	.....	.....	.....	<b>Allergie(s) :</b>	.....	.....	.....
<b>Contre - Indication :</b>	.....	.....	.....	<b>Traitement ou PAI :</b>	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(s) :