

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS****202 - 202****ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Etablissement scolaire : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Photo

**REPRESENTANTS LEGAUX**

NOM : \_\_\_\_\_  
 PRENOM : \_\_\_\_\_  
 Autorité parentale :  OUI  NON  
 Tél domicile : \_\_\_\_\_  
 Tél professionnel : \_\_\_\_\_  
 Tél portable : \_\_\_\_\_  
 Adresse mail : \_\_\_\_\_  
 Profession : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_  
 PRENOM : \_\_\_\_\_  
 Autorité parentale :  OUI  NON  
 Tél domicile : \_\_\_\_\_  
 Tél professionnel : \_\_\_\_\_  
 Tél portable : \_\_\_\_\_  
 Adresse mail : \_\_\_\_\_  
 Profession : \_\_\_\_\_

**ADRESSE DE FACTURATION :**

REGIME : CAF  MSA  N° ALLOCATAIRE : \_\_\_\_\_  
 ASSURANCE EXTRA-SCOLAIRE : N° Police \_\_\_\_\_

**PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT**

NOM/PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE 1	TELEPHONE 2	LIEN AVEC L'ENFANT

**PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

NOM/PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE 1	TELEPHONE 2	LIEN AVEC L'ENFANT

**AUTORISATIONS**

autorisation maquillage  oui  non  
 Droit à l'image (photos/films)  support papier  support numérique (site web)

## FICHE SANTE

Médecin traitant :

N° de téléphone :

J'atteste que mon enfant est à jour de ses vaccins

oui

non

Votre enfant suit-il un traitement médical?

oui

non

Si oui, lequel?

### Allergies

asthme

oui

non

alimentaires

oui

non

si oui lesquelles :

médicamenteuses

oui

non

si oui lesquelles :

peau

oui

non

si oui lesquelles :

autres

Y a-t-il un PAI mis en place? Si oui lequel :

### Difficultés de santé :

Maladie

Accident

Troubles du comportement

Autres

### Recommandations utiles des parents (port de lunettes etc...) :

Votre enfant sait-il nager?

oui

non

Si oui fournir le brevet de natation.

Je soussigné certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et accepte toutes les modalités de fonctionnement.

J'autorise mon enfant à prendre part aux activités inscrites au programme et, le cas échéant, à être véhiculé en transport en commun.

Je m'engage à signaler tout changement concernant mon enfant (santé, familles, coordonnées).

J'autorise la directrice de la structure à consulter le site de la CAF pour connaître mon Quotient Familial

A

le

Signature