

Fiche Renseignement Enfant

DATE D'INSCRIPTION :

Enfant

Nom : _____ Prénom : _____
 Age : _____ Sexe : _____
 Né(e) le / / à : _____
 N° de sécurité sociale : _____ Nationalité : _____
 Lieu de Scolarisation : _____
 Classe : _____
 L'enfant sait nager : Oui / Non

Famille (ou responsable sur le lieu de séjour)

M. et Mme

Adresse : _____ Téléphone : _____
 _____ Mobile : _____
 _____ E-mail : _____
 Situation Familiale : _____ Régime : CAF / MSA / Autres
 Nombre Total d'Enfants : _____ Assurance : _____
 Nombre d'Enfants à Charge : _____ N° de police : _____

Fiche Père :	Fiche Mère :
Nom _____ Prénom _____	Nom _____ Prénom _____
Né(e) le <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> à _____	Né(e) le <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> à _____
Nationalité : _____	Nationalité : _____
Téléphone : _____	Téléphone : _____
Mobile : _____	Mobile : _____
N° de sécurité sociale : _____	N° de sécurité sociale : _____
N° Allocataire CAF : _____	N° Allocataire CAF : _____
Profession : _____	Profession : _____
Société : _____	Société : _____
Mail : _____	Mail : _____
Tel. Professionnel : _____	Tel. Professionnel : _____
Autorité Parentale : Oui / Non	Autorité Parentale : Oui / Non

Divers	
Sommeil :	Habitudes :
Activités :	Notes :

Autorisations		Commentaires
Autorisation de sortie	oui / non	
Départ seul	oui / non	
Prise d'images	oui / non	
Diffusion d'images	oui / non	
Transport collectif	oui / non	
Pratique activités physiques et sportives :	oui / non	

Médecin	Spécialité	Adresse	Téléphone	Ville

Régime Alimentaire	Commentaires

Allergie	Commentaires
ALIMENTAIRES	
ASTHME	
MEDICAMENTEUSES	
AUTRES	

Vaccins	Dernière Vaccination	Prochaine Vaccination
DT POLIO	_/_/___	_/_/___

Médicament	Début	Fin	Commentaires
	//___	_/_/___	
	//___	_/_/___	
	//___	_/_/___	

Maladie	OUI	NON	Commentaires
ANGINE			
COQUELUCHE			
OREILLONS			
OTITE			
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU			
ROUGEOLE			
RUBEOLE			
SCARLATINE			
VARICELLE			

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....

Notes Médicales

Autorisation d'Hospitalisation : oui / non

Autorisation de sortie d'Hospitalisation : oui / non

Etablissement Hospitalier :

Antécédents Médicaux	Commentaires - Hospitalisation

Personnes Autorisées à Venir Chercher l'Enfant					
Nom	Prénom	Adresse	Ville	Téléphone	Lien de Famille

Personnes à Contacter en Cas d'Urgence					
Nom	Prénom	Adresse	Ville	Téléphone	Lien de Famille

Je me dois d'informer et de signaler tout changement auprès de la responsable de la structure.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et je m'engage à le respecter en tout point.

Fait à :

Le :

Signature du père, de la mère ou du tuteur légal.
"Lu et approuvé"

Documents à fournir pour une inscription :

- la copie de l'attestation de paiement CAF ou MSA indiquant votre quotient familial et votre numéro d'allocataire CAF
- OU la copie de l'avis d'imposition
- la copie du certificat d'assurance responsabilité civile
- la copie du carnet de vaccination
- la copie du justificatif d'immatriculation à la sécurité social OU la copie de la carte vitale