

FICHE DE RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELLE ENFANT/ FAMILLE

NOM :.....

Prénom(s) :.....

Date de Naissance :.....

Adresse où vit habituellement l'enfant :.....
.....

Si garde alternée, sa deuxième adresse :.....
.....

Classe et Ecole où est scolarisé l'enfant :.....

Si frère(s) et/ou soeur(s) : les prénoms, noms et classe(s) fréquentée(s) :.....
.....

Situation des parents : (entourer la mention appropriée)

Mariés Séparés Divorcés Union Libre Pacsés

Si garde alternée, quel est le mode de garde à la semaine (entourer les mentions appropriées)

-Père : semaine paire /impaire

-Mère : semaine paire/impaire

Représentant légal 1

Père / Mère / autre :.....
(entourer la mention appropriée)

Nom :.....

Prénom :.....

Adresse :.....
.....
.....

Téléphone fixe :.....

Téléphone Mobile :.....

Adresse mail (en lettres capitales svp)
.....

Employeur (Nom et Ville) :.....

Téléphone employeur :.....

Souhaite être contacté en priorité par(entourer la mention
Appropriée) en cas d'urgence vous serez contacté par téléphone

Sms Courrier Mail

Représentant légal 2

Père / Mère / autre :.....
(entourer la mention appropriée)

Nom :.....

Prénom :.....

Adresse :.....
.....
.....

Téléphone fixe :.....

Téléphone Mobile :.....

Adresse mail (en lettres capitales svp)
.....

Employeur (Nom et Ville) :.....

Téléphone employeur :.....

Souhaite être contacté en priorité par(entourer la mention
Appropriée) en cas d'urgence vous serez contacté par téléphone

Sms Courrier Mail

NOM et coordonnées du médecin traitant :

Numéro de sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché :

Date du dernier rappel DT Polio (nous fournir copie de la page concernée du carnet de santé) :
.....

Régime spécifique ou allergie/maladie chronique nécessitant un traitement médical particulier (copie PAI à nous fournir)

=>allergie alimentaire (certificat allergologue de moins de 6 mois adossé au PAI exigé) :

.....

=>autres allergies (certificat allergologue de moins de 6 mois adossé au PAI exigé)

.....

=>maladie chronique (certificat médical de moins de 6 mois adossé au PAI exigé)

.....

Votre enfant porte t'il (entourer les mentions appropriées)

Lunettes

appareil dentaire

appareil auditif

Contrat d'assurance en responsabilité civile (compagnie,n° contrat) :

Personnes autorisées à venir récupérer l'enfant (en dehors des représentants légaux)

NOM et PRENOM :.....**Tel.**.....

NOM et PRENOM :.....**Tel.**.....

NOM et PRENOM :.....**Tel.**.....

NOM et PRENOM :.....**Tel.**.....

L'enfant ne pourra en aucun cas être confié à quelqu'autre personne s'il n'est pas identifié par écrit par vos soins !

Autorisation droit à l'image

Nous soussignés (entourer la mention appropriée) autorisons/ n'autorisons pas l'Association St Hil Enfance à reproduire, présenter, publier et exposer des images photographiques et/ou films représentant mon enfant pour une durée de trois ans et ce dans le cadre de l'information et promotion sur ses actions.

En tout état de cause ces images ne devront en aucun cas porter atteinte à la réputation, l'honneur et la dignité de mon enfant et ce également dans la légende et le contexte de présentation.

Signature des parents