



FICHE RENSEIGNEMENTS ENFANT

Nom, Prénom de l'enfant :

Né(e) le : / /

Sexe : Garçon Fille

École :

Classe :

Nom de l'enseignant :

INFORMATIONS SUR LES PARENTS

	Mère Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :		
Adresse du domicile :		
Tél. domicile : Tél. portable :		
Courriel :		
N° sécurité sociale :		

⇒ N° allocataire CAF :

Régime social :

⇒ Quotient familial mensuel :

⇒ CAF d'appartenance : CAF du Haut-Rhin Autres CAF :

INFORMATIONS SUR L'ENFANT

- Régime alimentaire :
- L'enfant sait-il nager : oui non Sortie piscine autorisée : oui non
- J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités : oui non
- Allergies :
- J'autorise le personnel à photographier et/ou filmer mon enfant pour la création de souvenirs, d'archives ou pour les supports de promotion ou d'information de la structure : oui non

EMPLOYEURS

	Mère	Père
Nom de l'employeur :		
Adresse :		
Téléphone :		

PERSONNES AUTORISÉES (à joindre en cas d'urgence et à récupérer l'enfant)

Nom/Prénom	Lien de parenté	N° téléphone	Adresse

Médecin traitant : Nom :

Téléphone :

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

Fait à , le

Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON ENFANT

Nom, Prénom de l'enfant :

Né(e) le : / /

Sexe : Garçon Fille

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES LORS DE L'ACCUEIL DE VOTRE ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

1. VACCINATIONS :

Comme indiqué sur le document d'information, merci de nous fournir par scan ou par photocopie les pages relatives aux vaccinations dans le carnet de santé.

Pour les personnes dans l'incapacité de scanner ou photocopier merci de remettre le carnet de santé dans le sac de votre enfant, en l'ayant précisé préalablement, pour que nous puissions l'insérer dans votre dossier. Le carnet sera remis le soir selon la même procédure.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

⇒ L'enfant suit-il un traitement médical durant l'accueil : oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

⇒ L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole : oui non Varicelle : oui non Angine : oui non Scarlatine : oui non

Coqueluche : oui non Otite : oui non Rougeole : oui non Oreillons : oui non

Rhumatisme articulaire aigu : oui non

⇒ Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....
.....
.....
.....
.....

⇒ Indiquez si votre enfant a des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre le cas échéant :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. RECOMMANDATIONS UITLES DES PARENTS :

⇒ Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc....
Précisez :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Nom et prénom :

Adresse du domicile :

Tél domicile :

Tél portable :

Tél bureau :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical , hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :