

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### FOYER OU VIT L'ENFANT

**Nom et prénom de la mère**.....

**Adresse**.....

Téléphone fixe.....Mobile.....

E-mail.....

**Nom et adresse de l'employeur**.....

.....

Téléphone travail.....profession.....

**Nom et prénom du père**.....

**Adresse**.....

Téléphone fixe.....Mobile.....

E-mail.....

Nom et adresse de l'employeur.....

.....

Téléphone travail.....profession.....

### **Adresse de facturation**

Au nom de     Monsieur    ou     Madame

.....

### SITUATION FAMILIALE

Marié     Séparé     Divorcé     Veuf     Concubin     Célibataire     Union libre     Pacsé

### ALLOCATAIRE

CAF    Allocataire CAF ..... Quotient Familial : ..... **(joindre l'attestation obligatoire)**

Au nom de     Monsieur    ou     Madame

MSA    Allocataire MSA..... Quotient Familial : ..... **(joindre l'attestation obligatoire)**

Au nom de     Monsieur    ou     Madame

### ASSURANCE

Nom et N° de l'assurance **(joindre une photocopie du contrat obligatoire)**

.....

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## FICHE SANITAIRE

1 er enfant

Nom de l'enfant ..... Prénom de l'enfant .....

Date de naissance ...../...../..... Age .....

Ecole fréquentée : ..... Classe (de PS au CM2) .....

Sexe Féminin

Sexe Masculin

Mon enfant sait nager

Mon enfant ne sait pas nager

Je certifie la mise à jour des vaccins obligatoires

(Joindre une photocopie du carnet de santé **OBLIGATOIRE**)

### Coordonné du médecin traitant

Nom et adresse du médecin traitant.....

Téléphone.....

### L'enfant a-t-il des allergies ou intolérances médicalement justifiées ?

(Justificatif obligatoire du médecin à fournir)

- Alimentaire :            Oui    Non
- Asthme :                Oui    Non
- Médicamenteuse :    Oui    Non

Si c'est le cas, précisez-la ou les conduites à tenir et les précautions à prendre .....

.....

### Port d'appareil médicaux (lunettes, appareil dentaire, lentilles, prothèses auditives etc...)

.....

Traitement en cours (joindre une photocopie de l'ordonnance, **sans ordonnance, aucun médicament ne sera administré à l'enfant**)

.....

.....

.....

## HABILITATION

Coordonner des personnes à prévenir en cas d'urgence et habilitées à venir chercher l'enfant :

-Nom et prénom..... numéro de téléphone .....

-Nom et prénom..... numéro de téléphone .....

-Nom et prénom..... numéro de téléphone .....

-Nom et prénom..... numéro de téléphone .....

-Nom et prénom..... numéro de téléphone .....

-Nom et prénom..... numéro de téléphone .....

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## FICHE SANITAIRE

2ème enfant

Nom de l'enfant ..... Prénom de l'enfant .....

Date de naissance ...../...../..... Age .....

Ecole fréquentée : ..... Classe (de PS au CM2) .....

Sexe Féminin

Sexe Masculin

Mon enfant sait nager

Mon enfant ne sait pas nager

Je certifie la mise à jour des vaccins obligatoires

(Joindre une photocopie du carnet de santé **OBLIGATOIRE**)

### Coordonné du médecin traitant

Nom et adresse du médecin traitant.....

Téléphone.....

### L'enfant a-t-il des allergies ou intolérances médicalement justifiées ?

(Justificatif obligatoire du médecin à fournir)

- Alimentaire :            Oui    Non
- Asthme :                Oui    Non
- Médicamenteuse :    Oui    Non

Si c'est le cas, précisez-la ou les conduites à tenir et les précautions à prendre .....

.....

**Port d'appareil médicaux** (lunettes, appareil dentaire, lentilles, prothèses auditives etc...)

.....

**Traitement en cours** (joindre une photocopie de l'ordonnance, **sans ordonnance, aucun médicament ne sera administré à l'enfant**)

.....

.....

.....

## HABILITATION

Coordonner des personnes à prévenir en cas d'urgence et habilitées à venir chercher l'enfant :

-Nom et prénom..... numéro de téléphone .....

-Nom et prénom..... numéro de téléphone .....

-Nom et prénom..... numéro de téléphone .....

-Nom et prénom..... numéro de téléphone .....

-Nom et prénom..... numéro de téléphone .....

-Nom et prénom..... numéro de téléphone .....

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## FICHE SANITAIRE

3<sup>ème</sup> enfant

Nom de l'enfant ..... Prénom de l'enfant .....

Date de naissance ...../...../..... Age .....

Ecole fréquentée : ..... Classe (de PS au CM2) .....

Sexe Féminin

Sexe Masculin

Mon enfant sait nager

Mon enfant ne sait pas nager

Je certifie la mise à jour des vaccins obligatoires

(Joindre une photocopie du carnet de santé **OBLIGATOIRE**)

### Coordonné du médecin traitant

Nom et adresse du médecin traitant.....

Téléphone.....

### L'enfant a-t-il des allergies ou intolérances médicalement justifiées ?

(Justificatif obligatoire du médecin à fournir)

- Alimentaire :            Oui    Non
- Asthme :                Oui    Non
- Médicamenteuse :    Oui    Non

Si c'est le cas, précisez-la ou les conduites à tenir et les précautions à prendre .....

### Port d'appareil médicaux (lunettes, appareil dentaire, lentilles, prothèses auditives etc...)

Traitement en cours (joindre une photocopie de l'ordonnance, **sans ordonnance, aucun médicament ne sera administré à l'enfant**)

## HABILITATION

Coordonner des personnes à prévenir en cas d'urgence et habilitées à venir chercher l'enfant :

-Nom et prénom..... numéro de téléphone .....

-Nom et prénom..... numéro de téléphone .....

-Nom et prénom..... numéro de téléphone .....

-Nom et prénom..... numéro de téléphone .....

-Nom et prénom..... numéro de téléphone .....

-Nom et prénom..... numéro de téléphone .....