

Fiche Renseignement Enfant

Cantine, Périscolaire et TAP de LAGNY 2015/2016

Enfant

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : GARÇON FILLE

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____ N° Sécurité Sociale : _____

Médecin Traitant : _____ N° de tél : _____

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes : (Fournir une photocopie des vaccins)

Rubéole varicelle angine rhumatisme scarlatine coqueluche
 Otite asthme rougeole oreillons

Indiquez les autres difficultés de santé en précisant les dates : (allergies, opération, etc....)

L'enfant suit-il un traitement ? Oui Non

Si oui lequel : _____

Autorisation d'Hospitalisation : J'autorise les responsables de l'accueil à pratiquer tous examens, investigations et interventions nécessités par son état y compris une anesthésie ainsi que pour un éventuel transfert aller-retour

M'engage à prendre en charge la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuelles:

Autorisations

Autorisation de sortie	oui / non
Départ seul après l'accueil ou à la descente de car	oui / non
Prise d'images	oui / non
Diffusion d'images	oui / non
Transport collectif	oui / non

Famille

E-mail : _____

Situation Familiale : Marié Séparé Divorcé Célibataire Concubinage

Garde juridique de l'enfant confié :

Aux deux parents père mère autre _____

Nombre Total d'Enfants :

Nombre d'Enfants à Charge :

Assurance :

N° de police :

N° Allocataire (CAF, MSA, AUTRE ...) : _____

Fiche Père :	Fiche Mère :
Nom.....Prénom.....	Nom.....Prénom.....
Adresse (si différente de l'enfant) :.....	Adresse (si différente de l'enfant) :.....
Né(e) le ___/___/___ à.....	Né(e) le ___/___/___ à.....
Téléphone fixe : ___/___/___/___/___	Téléphone fixe : ___/___/___/___/___
Téléphone travail : ___/___/___/___/___	Téléphone travail : ___/___/___/___/___
Mobile : ___/___/___/___/___	Mobile : ___/___/___/___/___
<input type="checkbox"/> régime général : _____	<input type="checkbox"/> régime général : _____
<input type="checkbox"/> mutualité sociale agricole : _____	<input type="checkbox"/> mutualité sociale agricole : _____
<input type="checkbox"/> autre : _____	<input type="checkbox"/> autre : _____
N° Allocataire (si différente de l'enfant) :	N° Allocataire (si différente de l'enfant) :
Profession :	Profession :
Société :	Société :
Autorité Parentale : Oui / Non	Autorité Parentale : Oui / Non

Personnes Autorisées à Venir Chercher l'Enfant et à Contacter en Cas d'Urgence

Nom	Prénom	Ville	Téléphone	Lien de Famille

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

Je me dois de respecter les horaires de l'accueil.

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

Fait à :

Le :

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