

Fiche Renseignement Enfant

Cantine et Péri-scolaire de LAGNY 2021/2022

Enfant

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ GARÇON ☐ FILLE

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

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, régime alimentaire, 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 (Promenades, jeux extérieurs)	oui / non
Départ seul après l'accueil	oui / non
Prise d'images	oui / non
Diffusion d'images	oui / non

Famille

E-mail : _____

Situation Familiale : ☐ Marié ☐ Séparé ☐ Divorcé ☐ Célibataire ☐ Concubinage ☐ PACS

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.