

## *Fiche Renseignement Enfant*

### *Cantine et Péri-scolaire de LAGNY 2020/2021*

#### 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.