

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

FAMILLE: _____

PARENTS:

	Madame	Monsieur
Nom*		
Prénom*		
Téléphone fixe		
Téléphone portable*		
Email* (1 au minimum)		
Téléphone du travail		
Adresse postale*		

*Données indispensables

ENFANTS:

	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
Nom			
Prénom			
Sexe			
Date de naissance			
Classe			
Informations sanitaires	<input type="checkbox"/> Pas de contre-indications Pas de viande <input type="checkbox"/> Pas de porc <input type="checkbox"/> Allergies <input type="checkbox"/> si oui, précisez: _____ PAI: Panier repas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pas de contre-indications Pas de viande <input type="checkbox"/> Pas de porc <input type="checkbox"/> Allergies <input type="checkbox"/> si oui, précisez: _____ PAI: Panier repas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pas de contre-indications Pas de viande <input type="checkbox"/> Pas de porc <input type="checkbox"/> Allergies <input type="checkbox"/> si oui, précisez: _____ PAI: Panier repas <input type="checkbox"/>

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES:

▲ Personnes (hors parents) autorisées à prendre en charge l'enfant ou les enfants:

Nom	Prénom	Téléphone Fixe	Téléphone Portable	Lien avec l'enfant	A prévenir en cas d'urgence
					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

AUTORISATIONS ET ASSURANCE:

► Autorisations:

En cas d'urgence, les parents **autorisent** le responsable à prendre toutes les mesures nécessaires.
 n'autorisent pas

Les parents **autorisent** la diffusion et publication de photo ou de film concernant leur(s) enfant(s)
 n'autorisent pas
(bulletin municipal).

► Assurance:

L'enfant est couvert par une ou des assurances:

- Responsabilité civile
- Individuelle accident

Nom de la compagnie d'assurance: _____

Numéro de contrat: _____

▲ Médecin Traitant : (si différent pour les enfants, le préciser)

Nom: _____ Prénom: _____ Téléphone: _____

Adresse postale: _____

Notes médicales/ Recommandations des parents: (difficultés alimentaires, port de lunettes, appareil dentaire...)

▲ Projet d'Accueil Individualisé (PAI) :

oui,
Pour l'enfant
Prénom: _____

Joindre les documents attestant du protocole à mettre en place pour l'enfant.

Date et Signature :