



Fiche de renseignements 2024-2025

Merci de compléter cette fiche recto-verso et d'y joindre :

- * une photocopie des vaccins à jour.
- * une attestation d'assurance en cours de validité.
- * une attestation CAF mentionnant votre quotient familial

° L'enfant :

Nom :
Date de naissance :
Ecole :

Prénom :
Sexe :
Classe :

° Responsables de l'enfant :

Père Mère Responsable légal

Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
Téléphone domicile :
Téléphone portable :
Adresse mail :
Employeur :
Téléphone professionnel :

Père Mère Responsable légal

Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
Téléphone domicile :
Téléphone portable :
Adresse mail :
Employeur :
Téléphone professionnel :

Régime (Général, MSA ...) :

° Autorisations :

Personnes autorisées à venir chercher mon enfant ou à être appelées en cas d'urgence :

Nom :	Prénom :	Qualité :	Tél :
Nom :	Prénom :	Qualité :	Tél :
Nom :	Prénom :	Qualité :	Tél :
Nom :	Prénom :	Qualité :	Tél :
Nom :	Prénom :	Qualité :	Tél :

En cas d'urgence, nous prévenons la famille le plus rapidement possible. Nous utilisons pour cela les numéros que vous nous avez communiqués. Veuillez à les faire mettre à jour si besoin.

Si les parents ou les personnes désignées ne peuvent être joints, nous nous verrons, en cas d'urgence, obligé de faire appel au 15.

° **Renseignements médicaux :**

Nom du médecin traitant :

Téléphone du médecin traitant :

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

L'enfant a-t-il des allergies ?

* Asthme oui non

* Alimentaires oui non

* Médicamenteuses oui non

* Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

➡ Si l'enfant suit un traitement médical et/ou a une/des allergie(s), il sera nécessaire de mettre en place un Projet d'Accueil Individualisé (PAI).

° **Vaccinations : fournir les photocopies du carnet de santé.**

° **Difficultés de santé :**

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

° **Recommandations utiles des parents :**

Indiquez ci-après si votre enfant porte des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. :

° **Peurs et appréhensions :**

Votre enfant a-t-il des peurs ou des appréhensions que vous souhaiteriez nous communiquer ?

IMPORTANT: tout changement (n° de téléphone, adresse, santé, etc.) devra être rapidement signalé.

Je (nous) soussigné(s), responsable(s) légal(aux) de l'enfant, déclare(ons) exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise(ons) le responsable du service animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature des responsables légaux :