



L'enfant : Cette fiche est réservée uniquement aux informations relatives à l'enfant.

Nom Prénom			
Date de naissance		Ecole	
Nom et contact médecin de famille			
Régime alimentaire spécifique	<i>sans viande, sans porc, sans gluten, sans sucre, sans sel, ...</i>		
Allergies / PAI et motif			
Informations complémentaires à mentionner : (handicap, allergies, contraintes diverses, besoins spécifiques, médicaments / traitement, ...)			
Phobies et réticences à des activités, sensibilités particulières, ...			
Poids en kg		Taille en cm	
<u>Vaccins obligatoires :</u> Diphtérie Tétanos Poliomyélite Ou DT polio Ou Tétracoq	OUI / NON OUI / NON OUI / NON OUI / NON OUI / NON	<u>Vaccins recommandés :</u> Hépatite B Rubéole Oreillons Rougeole (ROR) Coqueluche Autres (préciser)	OUI / NON OUI / NON OUI / NON
L'enfant sait nager	OUI / NON	L'enfant sait faire du vélo	OUI / NON
Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (<i>noms, prénoms, titres / liens et contacts</i>)			
Autorise l'enfant à participer à des repas partagés			OUI / NON
Autorise l'enfant à quitter seul le centre			OUI / NON
Autorise l'enfant au covoiturage familial			OUI / NON
Autorise le centre à utiliser et diffuser gratuitement des photographies réalisées dans le cadre de l'ACM à des fins d'information et d'illustration			OUI / NON
Autorise l'enfant à participer aux sorties extérieures organisées par le centre			OUI / NON
Autorise l'enfant à pratiquer les activités physiques proposées par le centre			OUI / NON
Autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale			OUI / NON

Je déclare que ces informations sont exactes		Signature famille	Dates de présence :
--	--	-------------------	---------------------



La famille : Cette fiche est réservée uniquement aux informations relatives à la famille.

Nom, prénom	<i>Personne 1</i>		Date de naissance	
Titre (<i>père, mère, conjoint.e, tuteur, ...</i>)			Situation familiale	
Adresse				
Contact (<i>tél + mail</i>)				
Profession				
Numéro de sécurité sociale				
Numéro allocataire (<i>caisse + numéro</i>)		QF		
Nom et contact médecin de famille				
Assurance (<i>Compagnie + numéro contrat</i>)				
Informations complémentaires relatives à la famille à mentionner : (<i>handicap, PAI et motif, allergies, contraintes diverses, besoins spécifiques, réticences, ...</i>)				

Nom, prénom	<i>Personne 2</i>		Date de naissance	
Titre (<i>père, mère, conjoint.e, tuteur, ...</i>)			Situation familiale	
Adresse				
Contact (<i>tél + mail</i>)				
Profession				
Numéro de sécurité sociale				
Numéro allocataire (<i>caisse + numéro</i>)		QF		
Nom et contact médecin de famille				
Assurance (<i>Compagnie + numéro contrat</i>)				
Informations complémentaires relatives à la famille à mentionner : (<i>handicap, PAI et motif, allergies, contraintes diverses, besoins spécifiques, réticences, ...</i>)				

Je déclare que ces informations sont exactes		<i>Signature famille</i>	Dates de présence :
--	--	--------------------------	---------------------