

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

FAMILLE: \_\_\_\_\_

### PARENTS:

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

\*Données indispensables

### ENFANTS:

	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
<b>Nom</b>			
<b>Prénom</b>			
<b>Sexe</b>			
<b>Date de naissance</b>			
<b>Classe</b>			
<b>Informations sanitaires</b>	<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:

<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Téléphone Fixe</b>	<b>Téléphone Portable</b>	<b>Lien avec l'enfant</b>	<b>A prévenir en cas d'urgence</b>
					<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 :**