

Tel : 04 70 34 59 75 ou 04 70 48 11 30
Mail : c.quesada-vial@mairie-dompiere03.fr

Enfant :

Nom : Prénom :

Age : Sexe : M F

Classe fréquentée : Nom de l'enseignant :

Né(e) le à Régime : CAF / MSA / Autres N° :

Assurance : N° de police :

Fiche Père/Mère/responsable légal:

Nom Prénom

Né(e) le à

Nationalité :

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

Mobile :

Adresse :

N° Allocataire CAF ou MSA

Profession :

Société :

Tel. Professionnel :

E-mail :

Situation familiale :

Autorité Parentale : Oui Non

Fiche Père/Mère/responsable légal:

Nom Prénom

Né(e) le à

Nationalité :

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

Mobile :

Adresse :

N° Allocataire CAF ou MSA

Profession :

Société :

Tel. Professionnel :

E-mail :

Situation familiale :

Autorité Parentale : Oui Non

DIVERS

Votre enfant suit-il un **traitement permanent** ? Oui Non **Si oui , joindre une ordonnance récente, les médicaments correspondants et une autorisation à destination du personnel**
AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE ADMINISTRÉ SANS ORDONNANCE

Habitudes à signaler (sieste, doudou.....) :

Allergies connues (asthme, médicamenteuse, alimentaire) : **préciser la cause et la conduite à tenir** :

Votre enfant porte-t-il Lunettes, lentilles, prothèses auditives, ou dentaires? Merci de préciser

Autorisations

Commentaires

Autorisation hospitalisation oui non

Établissement Hospitalier :

Autorisation si besoin d'auto test covid oui non

Autorisation de sortie pour les activités organisées en dehors de l'accueil de loisirs oui non

Départ seul oui non

Prise d'images oui non

Diffusion d'images oui non

Transport collectif en minibus ou car oui non

Médecin traitant

Adresse

Téléphone

Personnes Autorisées à Venir Chercher l'Enfant autres que les parents :

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Adresse	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Adresse	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Adresse	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Adresse	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Adresse	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Adresse	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>

Personnes à Contacter en Cas d'Urgence :

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Adresse	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Adresse	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Adresse	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>

Je me dois d'informer et de signaler tout changement auprès des responsables de la structure.

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

Documents à fournir :

- photocopie du dernier avis d'imposition - certificat d'assurance peri et extrascolaire -
- photocopie du carnet de vaccination
- en cas de séparation : copie du jugement du juge des affaires familiales s'il existe