

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

I - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT :

NOM : Prénom :

Né(e) le : à :

Sexe : **F** **M**

Droit à l'image : OUI / NON

Allergie(s) alimentaire(s) préciser :

Allergie(s) au(x) médicament(s) préciser :

Handicap(s) ou trouble(s) du comportement préciser :

Autre préciser:

Régime alimentaire : CLASSIQUE / SANS PORC / SANS VIANDE

Ecole fréquentée :

Adresse de résidence habituelle :

Nom et prénom du médecin TEL:

II - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LEGAUX :

Responsable 1 :

Numéro CAF : N° DE SECURITE SOCIALE OU CMU :

Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Séparé(e) Célibataire Veuf(ve)

Lien avec l'enfant : Mère Père Autre (préciser)

NOM d'usage : Prénom :

Adresse :

Téléphone personnel :

Adresse mail :

Profession : Employeur :

Téléphone professionnel :

Responsable 2 :

N° DE SECURITE SOCIALE OU CMU :

Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Séparé(e) Célibataire Veuf(ve)

Lien avec l'enfant : Mère Père Autre (préciser)

NOM d'usage : Prénom :

Adresse :

Téléphone personnel :

Adresse mail :

Profession : Employeur :

Téléphone professionnel :

AUTORISE MON (MES) ENFANT(S) À RENTRER SEUL DU PERISCOLAIRE DU SOIR ET DES MERCREDI : OUI NON

VI - CONTACTS (autre que les représentants légaux) : Personne autoriser à prendre en charge l'enfant

NOM	Prénom	N° de téléphone	Lien avec l'enfant
Personne à contacter autre que les parents			