

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :
ADRESSE :

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :
NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT :

BUREAU : 04.76.

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

Date : Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNEES DE LA STRUCTURE**

LES LOUPIOTS
ECOLE MATERNELLE LES GANDINS
38660 SAINT HILAIRE

Tél. : 06 24 23 58 78 Fax : Email : association_loupiots@yahoo.fr

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



Nom de l'enfant :
Prénom de l'enfant :
Sexe :
Date de naissance :
Date inscription :
Autorisation d'intervention médical :
Autorisation de rentrer seul :
Autorisation de Filmer :
Autorisation de transport en véhicule:

Nom de la structure :

Ecole :
Classe :
Section :

N° ADH :
Est-il assuré :
N° Contrat :
Médecin traitant :

Nage t-il :
Assureur :
Début :

Brevet Nat. :
Fin :

Personnes à prévenir en cas d'accident	Personnes habilitées à récupérer l'enfant
.....
.....
.....

Nom du responsable :

Prénom du responsable :

Situation familiale :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Portable :

Employeur :

CAF :

Régime :

Quotient :

Sous tutelle financière :

Tél. Professionnel :

N° poste :

Profession :

N° CAF :

N° :

Organisme de tutelle :

PERE : Nom :

Prénom :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Portable :

Employeur :

Tél. Professionnel :

N° poste :

Profession :

MERE : Nom :

Prénom :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Portable :

Employeur :

Tél. Professionnel :

N° poste :

Profession :

Observations :

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.
Fait à, le :/..../.....

Signature