

Mairie de Saint-Prix

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom de l'enfant : **Prénom :**
 Garçon Date de naissance : Lieu de naissance :
 Fille Nombre de frères : Nombre de soeurs :
 Nationalité : Ecole fréquentée : Classe :

Nom du représentant légal :
 Adresse :
 Code Postal : Ville : ☎ :

Nom du père : **Prénom :**
 Profession : Nom et Adresse de l'employeur :
 ☎ : ☎ :

Nom de la mère : **Prénom :**
 Profession : Nom et Adresse de l'employeur :
 ☎ : ☎ :

Nom du Payeur : **Prénom :**
 Profession : Nom et Adresse de l'employeur :
 ☎ : ☎ :

Adresse Mail :

N° de Sécurité sociale : ☐ Adresse du centre :
 Code Postal Ville :

N° de caisse d'allocation familiale :

Médecin traitant : ☐ Adresse :
 Code Postal : Ville : ☎ :

Assurance de l'enfant :
 Responsabilité civile : OUI NON Individuelle accident : OUI NON
 Compagnie : N° de police :

Personnes à prévenir en cas d'urgence (autres que les parents)

Nom : Lien de parenté :
 ☎ : ☎ :
 Nom : Lien de parenté :
 ☎ : ☎ :

Personnes autorisées à reprendre l'enfant :

Nom : Lien de parenté :
 ☎ : ☎ :
 Nom : Lien de parenté :
 ☎ : ☎ :

- J'autorise à filmer ou prendre en photo mon enfant individuellement ou en groupe lors du séjour et d'utiliser ces clichés pour un affichage public ou sur le site internet de la Municipalité :

OUI NON

FICHE SANITAIRE

VACCINATIONS

Fournir la photocopie des vaccinations du carnet de santé ou certificats de vaccinations de l'enfant.

L'ENFANT A-T-IL UN RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER ?, PRÉCISEZ (sans porc, pas d'œuf ...):

.....

RENSEIGNEMENT MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si **OUI** joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice), ainsi qu'une autorisation parentale.

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ? :

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		SCARLATINE	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS			
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non		

ALLERGIE : PRÉCISEZ LA CAUSE ET LA CONDUITE À TENIR (Si automédication le signaler).

.....

DIFFICULTÉS DE SANTÉ : (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires... ? Précisez :

.....

- J'autorise le responsable à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant :

OUI NON

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

Date :

Signature du représentant légal :