

# Fiche Individuelle de Renseignements

Nom, prénom de l'enfant :  Né(e) le :

Ecole : ..... Enseignant : ..... Classe : .....

Régime alimentaire : ..... Date de dernière mise à jour de la fiche sanitaire .....

Allergies : .....

**PARENTS DE L'ENFANT**

	Mère	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Tél. Domicile/Portable :				
Courriel :				

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) : .....

N° Allocataire C.A.F. : .....

C.A.F. d'appartenance : CAF DES VOSGES  Autre C.A.F. ....

Famille : Parentale  Monoparentale  Recomposée  Accueil

Vaccins obligatoires	Oui		Non		Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
DT Polio						Tétanos	
						B.C.G.	
						Hépatite B	
						Rubéole	
						Coqueluche	

Allergies	Oui		Non		Allergies	Oui		Non	

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire

Nom de la compagnie : ..... N°Téléphone ..... N°Contrat : .....

Autorisations	OUI	NON
Rentrer seul		
Photographier et filmer l'enfant		
Utiliser les photos pour la promotion		
Piscine		
Sait nager		
Autorisation de soins		

Si Non, nom de la ou des personnes susceptibles de venir chercher mon enfant

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant OUI  / NON

Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives.

OUI  NON

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...)

OUI  NON

**Médecin traitant :** Nom : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

Fait à ..... , le ..... Signature :