



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

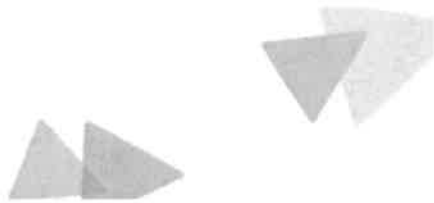
Enfant	
Nom	Prénom
Adresse : _____ _____	Scolarité Classe : _____ Instituteur : _____ Etabl. scolaire : _____
Né(e) le : _____	
Sexe : _____	

Parents	
Parent 1 Responsable légal <input type="checkbox"/> Parenté : _____ Civilité : _____ Nom : _____ Prénom : _____ Profession : _____ Employeur : _____ Téléphone : _____ Portable : _____ Téléphone professionnel : _____ Mail : _____	Parent 2 Responsable légal <input type="checkbox"/> Parenté : _____ Civilité : _____ Nom : _____ Prénom : _____ Profession : _____ Employeur : _____ Téléphone : _____ Portable : _____ Téléphone professionnel : _____ Mail : _____
Régime	
Quotient familial CAF ou MSA _____ N° CAF : _____ N° Sécurité social auquel est rattaché l'enfant : _____ N° MSA : _____	

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant		
Nom / Prénom	Téléphone	Lien de parenté
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Autorisations		
Je soussigné(e) M, Mme _____ reconnais être informé(e) que l'inscription aux activités du centre social, vaut acceptation de l'ensemble des clauses du règlement intérieur		
Autorise mon enfant à participer aux différentes sorties organisées par le centre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorise mon enfant à quitter seul le centre social (sur précision des jours)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'autorise l'association à utiliser mon image dans le cadre de la promotion des activités organisées par le centre social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je (Nous) soussigné(s), responsable(s) légal(aux) de l'Individus certifie(ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.



FICHE MEDICALE

Nom Prénom Date de naissance

Renseignements médicaux

Groupe Sanguin : _____

Maladies:

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Coqueluche |
| <input type="checkbox"/> Rhumatisme | <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Otite |
| <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Scarlatine | |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | | |

Allergies:

- Alimentaire Athme Médicamenteuses

Repas spéciaux:

- Sans viande Végétarien
 Sans porc Autre _____

Traitement(s):

Difficultés de santé :

Recommandations des parents :

Vaccins

Vaccin	Fait le :
DT Polio	
Pneumocoq	
Hépatite B	
ROR	
BCG	
Coqueluche	
Meningite	

Medecin

Nom	Prénom	Spécialité

Je (Nous) soussigné(s), responsable(s) légal(aux) de l'individu certifie(ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.