



Nom de l'enfant :

Année scolaire 2019/2020

Prénom de l'enfant :

Sexe :

Ecole :

Date de naissance :

Classe :

Né(e) à :

Date inscription :

Certificat médical :

Autorisation d'intervention médicale :

Médecin traitant :

Recommandations utiles :

Lieu d'hospitalisation :

Autorisation de Filmer /Photographier / Sons / Diffusions :

Autorisation de rentrer seul :

Autorisation de transport en véhicule:

CAF :

N° Département : CAF

Est-il assuré ? :

Type de repas :

Assurance :

Allergie repas:

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) : Oui Non (entourez la bonne réponse)

Pour toute allergie, intolérance ou régime alimentaire, un PAI doit être réalisé. Merci de nous fournir une copie.

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

Nom du Responsable 1 (Père ou Mère) : Né(e) le :

Prénom du responsable 1 : Situation familiale :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

N° de sécu :

Centre de sécu :

N° poste :

Employeur :

Profession :

CAF / MSA:

N° CAF / MSA :

Régime :

Quotient CAF/MSA : Autorisation d'accès à mon compte CAF partenaire? Oui Non (entourer la bonne réponse)

Votre enfant est il bénéficiaire de l'AEEH? Oui Non (entourer la bonne réponse)

Sous tutelle financière :

Organisme de tutelle :

Responsable 1 (Père ou Mère) : Nom : Prénom : Né(e) le :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

N° de Sécu. :

Centre de Sécu. :

N° poste :

Employeur :

Profession :

Responsable 2 (Père ou Mère) : Nom : Prénom : Né(e) le :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

N° de Sécu. :

Centre de Sécu. :

N° poste :

Employeur :

Profession :

Observations :

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.

Fait à, le :/...../.....

Signature

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 : PRENOM :

ADRESSE PENDANT LE SEJOUR :

.....

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT(facultatif).....

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**

MJC MONBLANC ET DU SAVES
2 RUE PRINCIPALE
32130 MONBLANC

Tél. : 05 62 62 41 88 Fax : Email : enfance.mjcmonblanc@gmail.com

OBSERVATIONS

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