



Fiche Individuelle de Renseignements

Nom, prénom de l'enfant :

Né(e) le :

Inscription le :

Sexe : M F

Ecole : Enseignant : Classe :

Régime alimentaire : Date de dernière mise à jour du carnet de santé

Allergies :

L'enfant suit-il un traitement médical ?OUI.....NON (Cf. article 7 du Règlement Intérieur "En cas de maladie de l'enfant").

Recommandations des parents :

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. : Régime social :

C.A.F. d'appartenance : C.A.F. DU HAUT RHIN Autre C.A.F.

Photocopie de l'avis d'impositionOUINON

Si informations CAF non remises, application des tarifs de la tranche supérieure.

Allocataire MSA :OUINON Numéro d'allocataire MSA :

Famille : Couple Monoparentale Accueil

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

	Mère	Père
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail/Poste :		

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

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

Je certifie que mon enfant est à jour des vaccins obligatoiresOUINON. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication.

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités OUI NON

Si NON, nom de la personne ou des personnes susceptibles de venir chercher mon enfant :

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

Pendant les activités, j'autorise le personnel de la Communauté de Communes à photographier et/ou à filmer, mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives ainsi que d'utiliser ces supports pour sa promotion et son information (Presse, journaux locaux, nouveaux médias, affiches...)... OUI.....NON.....

Médecin traitant : Nom : Téléphone :

Adresse :

Je soussigné(e)responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et d'avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure d'accueil.

Fait à , le Signature :