

# Fiche ENFANT

## pour l'Equipe Pédagogique - 1 par enfant

<b><u>L'ENFANT</u></b>	Photo de l'enfant
Nom : .....	
Prénom : .....	
Date de naissance : .....	
Age au premier jour de centre : .....	

### **Situation Familiale**

#### - Parent 1

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : ..... Portable ou professionnel : .....

Mail : .....

**\*A compléter si différent du parent 1.**

#### - Parent 2

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone\* : ..... Portable ou professionnel\* : .....

Mail\* : .....

Marié     Séparé     Célibataire     Divorcé     Concubinage

**Lieu de Résidence:**  avec les deux parents     avec sa mère     avec son père

autre (précisez nom prénom - qualité - adresse - contact)

Nom : ..... Prénom : .....

Qualité : .....

Adresse : .....

tel : .....

#### - Autre Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : ..... Prénom : .....

Qualité (parent, grand parent...): ..... Téléphone : .....

#### - Observations particulières :

##### **Mon enfant :**

Est atteint d'un handicap :  OUI  NON, si oui lequel : \_\_\_\_\_

A Projet d'Accueil Individualisé en temps Scolaire :  OUI  NON

Etablissement de suivi : .....

Régime alimentaire particulier, allergies : .....

Difficultés de santé : .....

Autre problème à signaler : .....

**- Autre Personne pouvant reprendre l'enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....Qualité : .....

Nom : ..... Prénom : .....Qualité : .....

Nom : ..... Prénom : .....Qualité : .....

**Attestation**

Je soussigné (e) Mme - Mr .....représentant légal de  
« l'enfant » ..... atteste que « l'enfant » :

**- fréquentera la GARDERIE**

Jamais       Le matin       Le soir       de temps à autres (joindre un planning des jours prévus)

<b><u>Peut repartir seul du centre le soir :</u></b>	OUI	NON
<b><u>Peut être pris en PHOTO/VIDÉO dans le cadre des activités :</u></b>	OUI	NON
<b><u>Peut participer aux sorties proposées</u></b> Participation à toutes les activités et sorties organisées par l'accueil collectif de mineurs intercommunal et à être transporté pour les besoins de ces activités par des moyens de transports collectifs.	OUI	NON
<b><u>Peut être présenté par les responsables de l'accueil de loisirs à un médecin</u></b>	OUI	NON
<b><u>Ne présente pas de problème de santé incompatible avec l'accueil</u> collectif de mineurs et que tout problème de santé a été signalé (par la transmission d'un certificat médical).</b>	OUI	NON

- L'enfant est ayant droit de :

Mme - Mr Nom : ..... Prénom : .....

N° de sécurité sociale .....

Mutuelle : .....

Bénéficiaire de la CMU

Nom de la compagnie d'assurance (*responsabilité civile*) : .....

Fait à ....., le .....

Signature :