

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS
A.L.S.H- ECOLES
de Prunelli di Fium'Orbu**

Photo
de
l'enfant

ENFANT

NOM : _____ **Prénoms :** _____/_____ **Sexe :** M F

Né(e)le : ____/____/____ **à :** (commune département pays si hors France) : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ **Commune :** _____

Centre de sécurité Sociale : _____ **N° de sécurité sociale :** _____

Centre C.A.F : _____ **N° allocataire CAF :** _____

Date du dernier rappel du vaccin antitétanique : _____

FRERES ET SŒURS

Noms Prénoms	Agés	Etablissement scolaire fréquenté

RESPONSABLES LEGAUX

Mère

Nom de jeune fille : _____

Nom marital (nom d'usage) : _____

Prénoms : _____

Situation familiale (1): _____

Autorité parentale : oui - non

Profession : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Téléphone mobile : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone travail : _____

Courriel : _____@_____

Père

Nom : _____

Prénoms : _____

Situation familiale (1): _____

Autorité parentale : oui - non

Profession : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Téléphone mobile : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone travail : _____

Courriel : _____@_____

Autre responsable légal (personne physique ou morale)

Nom : _____ Prénoms : _____

Organisme : _____

Fonction : _____ Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____ Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Téléphone portable : _____

Courriel : _____@_____

Autorité parentale : oui - non

PERSONNE A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEE A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE

Nom : _____ Prénoms : _____

Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

A appeler en cas d'urgence autorisé à prendre l'enfant

Téléphone domicile : _____ Téléphone mobile : _____ Téléphone travail : _____

AUTRE PERSONNE A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEE A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE

Nom : _____ Prénoms : _____

Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

A appeler en cas d'urgence autorisé à prendre l'enfant

Téléphone domicile : _____ Téléphone mobile : _____ Téléphone travail : _____

MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT

Nom prénom du médecin : _____ A appeler en cas d'urgence

Autorisé à prendre l'enfant

Téléphone cabinet : _____ Téléphone mobile : _____

Allergies connues de l'enfant : _____

Problèmes de santé à signaler : _____

Autorisation d'intervention chirurgicale :

Nous soussigné(e)s Monsieur et / ou Madame _____, autorisons l'anesthésie de notre enfant _____, au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à l'évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale. (En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade, est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins).

INFORMATIONS PERISCOLAIRES

Garderie matin : Oui – Non Garderie soir : Oui – Non Restaurant scolaire : Oui – Non

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : Oui – Non Individuelle accident : Oui – Non

Compagnie d'assurance : _____ N° de police d'assurance : _____

**NOUS NOUS ENGAGEONS A SIGNALER TOUT CHANGEMENT MODIFIANT
LES INDICATIONS MENTIONNEES SUR CETTE FICHE**

DATE : _____

Signature de la mère :

Signature du père :

Visa du Maire :