



Fiche Individuelle de Renseignements

Nom, prénom de l'enfant : Né(e) le :

Ecole : Classe :

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

Médecin traitant : Nom : Téléphone

Adresse :

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

Allergies :

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

L'enfant sait-il nager ? OUI NON Piscine autorisée : OUI NON

Recommandations des parents :

Nom/ Prénom du payeur principal :

Famille : Couple Monoparentale Recomposée Accueil

PARENTS DE L'ENFANT

	Mère <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Responsable <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Responsable <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :						
Adresse du domicile :						
Tél. Domicile/Portable :						
Courriel :						

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

	Mère	Père
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Professionnel		

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) :

N° Allocataire C.A.F. :

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

Allocataire MSA : OUI NON Numéro d'allocataire MSA :

Photocopie de l'avis d'imposition (N-2) : OUI NON

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

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

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

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités : Oui Non

Remarque :

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

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 :