

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - Année 2018/2019

ENFANT

NOM _____ Prénom _____
 Date de naissance _____
 Domicile _____
 Téléphone _____ :

	Père de l'enfant	Mère de l'enfant	
NOM		Nom	
Prénom		Prénom	
Situation Maritale			
Responsable légal			
Adresse		Adresse	
Téléphone		Téléphone	
Profession		Profession	
Nom et Adresse de l'employeur		Nom et adresse de l'employeur	
N° de téléphone		N° de téléphone	
N° CAF ou Autres		QUOTIENT FAMILIAL	

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant et à contacter en cas d'urgence

NOM	Prénom	Qualité	N° de téléphone

L'enfant est autorisé à rentré seul :

Renseignements sanitaires (indiquer uniquement la dernière date)

D.T.COQ. POLIO

Difficultés de santé particulières : - allergies ou autres pathologies

AUTORISATIONS

Je, soussigné(e), _____

père, mère, autre

agissant en qualité de représentant de l'enfant mineur :

NOM : _____ Prénom : _____

autorise le responsable de l'ALSH :

"- à faire transporter mon enfant à l'hôpital désigné par le SAMU"

"- à faire pratiquer tout acte médical ou chirurgical sur la personne de mon enfant

- « à faire et à utiliser des photos de mon enfant pour illustrer le fonctionnement du point jeunes »

Fait à Estrablin, le _____

Signature précédée de la mention "Lu et approuvé"