



# Fiche Individuelle de Renseignements

## ENFANT

M  F

Nom, prénom de l'enfant

Né(e) le :

Ecole :

..... Enseignant : ..... Classe .....

Repas classique  Repas végétarien  Repas sans porc

L'enfant sait-il nager ?

OUI

NON

Piscine autorisée :

OUI

NON

## PARENTS DE L'ENFANT

	Rep. légal 1	Responsable <input type="checkbox"/>	Rep. légal 2	Responsable <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Tél. Domicile/Portable :				
Courriel :				
N° Sécurité sociale :				

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

## FAMILLE

Famille :

Parentale

Monoparentale

Recomposée

Accueil

N° Allocataire C.A.F. :

.....

C.A.F. d'appartenance :

CAF 57

MSA 57

Autre C.A.F. ....

Nbre Enfants à charge

.....

## NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

	Rep. légal 1	Rep. légal 2
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		

## PERSONNES AUTORISEES

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

OUI

NON

Si Non, nom de la ou des personnes susceptibles de venir chercher mon enfant

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

En aucun cas M, Mme .....est autorisé à venir chercher mon enfant . (copie jugement de divorce)

## DROITS A L'IMAGE

Nous soussignons ..... responsable de l'enfant, adhérons gratuitement à l'association OPAL en tant que membres usagers (résiliation possible sur demande écrite) et déclarons avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure d'accueil, du projet pédagogique et les approuvons sans aucune restriction.

Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives.

OUI

NON

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et sa communication (presse et journaux locaux, nouveaux médias, affiches, réseaux sociaux...).

OUI

NON

**ASSURANCE**

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

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

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

Médecin traitant Nom : ..... Téléphone .....

Adresse : .....

Recommandations des parents : .....

Allergies : .....

*(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)*

**II. VACCINATIONS**

Précisez s'il s'agit :		VACCINS PRATIQUES		DATES	
Du DT polio		.....		/ /	
Du DT coq		.....		/ /	
Du Tétracoq		.....		/ /	
D'une prise polio RAPPELS		.....		/ /	
.....		.....		/ /	
ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES	VACCINS	DATES
1 <sup>er</sup> VACCIN	/ /	VACCIN	/ /	.....	/ /
REVACCINATION	/ /	1 <sup>er</sup> RAPPEL	/ /	.....	/ /

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ? .....

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....	.....	/ /
.....	.....	/ /

**III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :  
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....	/ /
.....	/ /
.....	/ /

**FACTURATION**

En cochant cette case, je demande que la facture me soit transmise par courriel

En cas de prélèvement automatique mis en place sur l'année scolaire précédente, le renouvellement sur l'année scolaire en cours est automatique. Pour tout changement, veuillez contacter le/la Directeur (trice) du centre.

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

Fait à ....., le ..... Signature :