

Fiche individuelle 2018-2019

**Enfant :**

NOM : ..... PRENOM .....

Adresse.....

Tel domicile ..... Liste Rouge

Date de naissance ...../...../..... Lieu de naissance ..... sexe : M  F

Régime Allocataire (CAF, MSA..) ..... Allocataire\* : Père - Mère - N°CAF..... QF .....

Ecole fréquentée : .....Classe .....

Assurance Responsabilité civile souscrite auprès de .....N° contrat.....

N° de sécurité sociale auquel est affilié l'enfant .....

Nombre de frères et sœurs .....

**NOM ET PRENOMS DU OU DES REPRESENTANTS LEGAUX (Tous les champs sont à remplir)**

**Père :**

Nom : ..... Prénom .....

Adresse : .....

.....

N° de téléphone (attention, en cas de changement de numéro n'oubliez pas de nous en informer)

- Prioritaire ..... Domicile .....
- Portable..... Travail .....
- Autre (préciser).....
- **MAIL (obligatoire)** .....

Profession : .....

Nom et adresse de l'employeur .....

**Mère :**

Nom : ..... Prénom .....

Adresse : .....

.....

N° de téléphone (attention, en cas de changement de numéro n'oubliez pas de nous en informer)

- Prioritaire ..... Domicile .....
- Portable..... Travail .....
- Autre (préciser).....
- **MAIL (obligatoire)** .....

Profession : .....

Nom et adresse de l'employeur .....

**SITUATION DE FAMILLE**

Mariés – Pacs – vie maritale – séparés – divorcés- parent seul – Veuf(ve) \*

En cas de séparation des parents merci d'indiquer qui a la garde de l'enfant .....

Merci de préciser le nom du dépositaire du dossier et l'adresse de facturation. En cas de garde alternée, **sur demande**, il est facturé la moitié du forfait utilisé par chaque parent, en fonction de son QF, ou des inscriptions au centre de loisirs :

.....  
 .....  
 .....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Joindre la page vaccin DTP ou assimilé du carnet de santé de votre enfant en y inscrivant son nom et prénom.

Maladies		Allergies	Difficultés de santé	Traitement Médical
<input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Alimentaires		
<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> Rhumatisme	<input type="checkbox"/> Asthme		
<input type="checkbox"/> Oreillons	<input type="checkbox"/> Otite	<input type="checkbox"/> Médicamenteuse		
<input type="checkbox"/> Rubeole	<input type="checkbox"/> Scarlatine			
<input type="checkbox"/> Varicelle				

**Autres renseignements que vous souhaitez nous communiquer concernant votre enfant**

.....

**Au cas où votre enfant bénéficie d'un PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI) nécessitant la prise d'un médicament, vous devez nous fournir le PAI 2017 2018 ainsi que les traitements préconisés. Ces traitements doivent être fournis au périscolaire même s'ils ont été fournis à l'école. Les médicaments ne doivent pas être périmés.**

Date

Signature du représentant légal

\*barrer la mention inutile.