



# Fiche Individuelle de Renseignements

## ENFANT

 M FNom, prénom de l'enfant : Né(e) le : 

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

 Repas classique Repas végétarien Repas sans porcL'enfant sait-il nager ? OUI NON 

Piscine autorisée :

OUI NON 

## PARENTS DE L'ENFANT

	Mère <input type="checkbox"/>	Belle-mère <input type="checkbox"/>	Responsable <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/>	Beau-père <input type="checkbox"/>	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

	Mère	Père
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	
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 :