



# Fiche Individuelle de Renseignements

Nom, prénom de l'enfant :  Né(e) le :

Inscription le : ..... Sexe : M  F   
Ecole : ..... Enseignant : ..... Classe : .....  
L'enfant sait-il nager ? OUI  NON  Piscine autorisée : OUI  NON

## PARENTS DE L'ENFANT

	Mère	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Tél. Domicile/Portable :				
Courriel :				
N° Sécurité sociale :				

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

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

N° Allocataire C.A.F. : .....  
C.A.F. d'appartenance : CAF DE LA MOSELLE  Autre C.A.F. ....

Nbre Enfants à charge : .....

Famille : Parentale  Monoparentale  Recomposée  Accueil

## NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

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

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

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)

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 son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...)  OUI  NON

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.

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

**Adresse :** .....

**Régime alimentaire :** .....

**Recommandations des parents :** .....  
.....  
.....

**Allergies :** .....

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.

*(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	VACCIN	DATES	VACCINS	DATES
1 <sup>er</sup> 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)

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

Fait à ..... , le ..... Signature :