



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, Mmeest 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		VACCIN		DATES	
1 ^{er} VACCIN	_/_/		_/_/	_/_/
REVACCINATION	_/_/	1 ^{er} 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 cochant cette case, je demande le maintien du prélèvement automatique pour l'année 2020/2021, selon l'autorisation de prélèvement déjà transmise

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 :