

LIEU MULTI-ACCUEIL
Les Cinq Fossettes
9, Rue du Général Morin
27220 Saint André de l'Eure
02 32 37 24 55

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance (département) :

Nationalité :

Adresse :

N° de Sécurité Sociale :

N° d'allocataire CAF :

Régime :

	PERE	MERE
Nom		
Prénom		
N° de Sécurité Sociale		
Adresse		
Profession		
Nom Adresse de l'employeur		
Tél. domicile		
Tél. travail		
Tél. portable		
E-mail		

Autorité parentale : * Père et mère conjointement
* Père seulement
* Mère seulement
* Autre, préciser :

Nombre de frères et sœurs :

Nombre d'enfants à charge :

Noms et adresses des personnes autorisées à raccompagner l'enfant (autres que les parents) :

Médecin traitant :

Nom :

Adresse :

N° de téléphone :

Antécédents :- médicaux (gastro-entérite, bronchiolite, asthme, reflux gastrique...)

- chirurgicaux :

Traitement suivi :

Vaccinations (dernière injection) :

BCG :

DTCP + Hi (PENTAVAC) :

Infections invasives à pneumocoque (PREVENAR) :

ROR (PRIORIX) :

Autres vaccinations :

Allergies et contre-indications :(alimentaires, cutanées, médicamenteuses...)

Groupe sanguin :

Personnes à prévenir en cas d'urgence en dehors des parents :

Nom				
Prénom				
Adresse				
Tél. domicile				
Tél. portable				

Assurance « Responsabilité civile »

Compagnie d'assurance :

N° de police :

Les Cinq Fossettes
9, Rue du Général Morin
27 220 Saint André de l'Eure
02 32 37 24 55

Je soussigné(e), Mme, M. _____, représentant légal de l'enfant _____,

AUTORISATION DE SOINS

- * j'autorise le personnel (infirmière, éducatrice de jeunes enfants et auxiliaires de puériculture) à prodiguer les soins suivants à mon enfant :
 - administration de traitement préventif et curatif
 - administration de traitement antipyrétique

DECHARGE EN CAS D'ACCIDENT

- * j'autorise le personnel de la structure Multi-Accueil en cas de maladie ou d'accident, à prendre toutes les mesures d'urgence y compris, l'hospitalisation.
- * en cas de besoin, j'autorise le service médical à pratiquer :
 - anesthésie et intervention chirurgicale
 - transfusion
 - point de suture

* en cas d'intervention d'un médecin, je m'engage à régler les frais de consultation et pharmaceutique.

AUTORISATION DE SORTIE

- * j'autorise le personnel de la structure Multi-Accueil à faire participer mon enfant à des activités organisées en dehors des locaux de la structure.

AUTORISATION DE TRANSPORT

- * j'autorise mon enfant à voyager en transport collectif. Selon la législation, nous vous demanderons peut-être le siège auto de votre enfant.

AUTORISATION D'AFFICHAGE ET REPRODUCTION

- * j'autorise l'affichage et la reproduction de tout document (photographie, film) comportant l'image de l'enfant susnommé. Cette autorisation n'est valable que pour les activités organisées dans le cadre de la structure Multi-Accueil.

REGLEMENT INTERIEUR

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du Multi-Accueil Les Cinq Fossettes dont j'accepte les conditions.

A Saint André de l'Eure, le

Signature(s)