



FICHE 11/17 ANS

DATE D'ADHESION :

NOM :	Prénom :
Adresse :	
.....	
.....	
Né(e) le :	Nationalité :
<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Téléphone :

MERE	PERE
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Téléphone :	Téléphone :
Mail :	Mail :
Situation familiale : <input type="checkbox"/> Séparée <input type="checkbox"/> Mariée	Situation familiale : <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Marié
<input type="checkbox"/> Divorcée <input type="checkbox"/> Concubine <input type="checkbox"/> Pacsée	<input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Pacsé
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuve	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf

SCOLARITE
Etablissement scolaire :
Ville :
Classe : Instituteur / Enseignant:
Pour les moins de 3 ans, merci de joindre le certificat de scolarité

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (Autres que les parents)			
NOM	Prénom	Téléphone	Lien de parenté

AUTORISATIONS PARENTALES	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorise que mon enfant soit photographié et que les photos soient publiées sur les plaquettes, revues, expositions de la Maison de quartier
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorise que mon enfant soit photographié et que les photos soient publiées sur le site internet et le Facebook de la Maison de quartier
<input type="checkbox"/> OUI	Autorise les salariés à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant mon enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...)
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorise mon enfant à rentrer seul après les activités

Cadre réservé à l'administration:

Vérifié par :

Le/...../.....



VACCINATIONS

Photocopie du carnet de santé (vaccinations) OUI NON

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA COLLECTIVITE

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Numéro de sécurité sociale :

L'enfant a-t-il un P.A.I. OUI NON

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, lequel ?

Préciser la cause et la conduite à tenir :

Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne peut être pris sans ordonnance et sans P.A.I.

Allergies :

- Asthme OUI NON
- Allergies médicamenteuses OUI NON
- Allergies alimentaires OUI NON
- Autre OUI NON

Précisez la cause et la conduite à tenir :

Difficultés de santé : Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, port de lunettes ou lentilles, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, de drains, etc...

Précisez les dates et précautions à prendre :

Repas spéciaux : Sans Porc Sans Viande Sans Poisson Végétarien Végétalien
 Aucun Autres :

La maison de quartier se donne le droit de ne pas accueillir temporairement les enfants en cas de maladie contagieuse (gastro, varicelle...etc.) mettant en danger la santé des enfants et du personnel

Tout changement de situation doit être signalé à l'équipe de la Maison de Quartier
(Adresse, numéro de téléphone, personnes autorisées à récupérer l'enfant, traitement médical...etc.)