

Accueil de loisirs maternel 3/6 ans

CCAS de Soulac sur Mer

Tél : 06 37 73 80 38 Courriel : n.bissirieix@mairie-soulac.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

2017

NOM : Prénom :
Né(e) le :
Sexe : Masculin / Féminin :
L'enfant a-t-il des frères et sœurs ?

Responsable légal

Mr et Mme / Mr / Mme / Mlle :
Situation de famille :
NOM du père : Prénom :
Adresse complète :
Tél fixe : Portable :
Courriel :
NOM de la mère : Prénom :
Adresse complète :
Tél fixe : Portable :
Courriel :

Profession des parents

Père : Mère :
Entreprise : Entreprise :
Tél. bureau : Tél. bureau :

Déplacement de l'enfant

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant

Mr ou Mme : Tél fixe : Tél port:
Mr ou Mme : Tél fixe : Tél port:
Mr ou Mme : Tél fixe : Tél port:
Mr ou Mme : Tél fixe : Tél port:

En cas d'urgence

Personnes à contacter

Mr ou Mme : Tél fixe : Tél port:
Mr ou Mme : Tél fixe : Tél port:
Mr ou Mme : Tél fixe : Tél port:
Mr ou Mme : Tél fixe : Tél port:

Santé de l'enfant

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AÏGU Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OTITE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME Oui Non MEDICAMENTEUSES Oui Non
 ALIMENTAIRES Oui Non AUTRES :

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, etc.... :

.....

ETABLISSEMENT FREQUENTE PAR L'ENFANT :

.....

Divers

L'enfant sait-il nager ? Oui / non

J'autorise les Clapotis à photographier mon enfant : OUI / NON

J'atteste avoir pris connaissance du projet éducatif et du projet pédagogique de l'Accueil de Loisirs 3/6 ans « les Clapotis ».

Fait à Soulac sur mer, le :

Signature des parents (obligatoire)

° (rayer la ou les mentions inutiles)