



Association "les Cabanes de Filomaine" 2020

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Poids :

DOUDOU :

Autorisation de photo oui Non
Attestation RC.....
Certificat de vie en collectivité.....
Certificat paracetamol.....
2 Enveloppes timbrées.....
Adhésion.....

LA FAMILLE

PERE :

Situation familiale :

Adresse :

Ville :

Email :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

MERE :

Adresse :

Ville :

Email :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

Personnes à prévenir en cas d'accident	Personnes habilitées à récupérer l'enfant
.....
.....
.....

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

N° CAF :

Régime :

Est-il assuré :

Assureur :

N° Contrat :

Début :

Fin :

AUTORISATIONS :

Je soussigné(e) responsable de l'enfant, autorise les responsables du multi accueil à emmener mon enfant lors des sorties organisées à l'extérieur des locaux, soit à pied, soit en car.

Pour mieux communiquer, le multi accueil fait quelques fois l'objet d'articles avec photos dans la presse. Par le biais des animations, il est possible que votre enfant soit présent sur des films ou des photos. Nous allons mettre en ligne sur notre site internet des photos et vidéos illustrant le multi accueil. Nous avons besoin de votre accord pour que votre enfant puisse apparaître ou non sur ces images :
Autorisation de Filmer / de prendre des photos :

Je soussigné(e) responsable de l'enfant, autorise les responsables du multi accueil à présenter mon enfant à un médecin, de préférence le **Docteur**, en cas de soins à donner d'urgence et si nécessaire à l'hospitaliser.
J'autorise le personnel de la halte garderie à administrer du paracétamol (un certificat médical de non-contre-indication à l'administration de paracétamol ou une ordonnance est demandée à l'inscription) en cas de fièvre, à faire procéder à toute catégorie de soins qui serait jugé urgent et nécessaire par le médecin de la famille ou par un médecin appelé d'urgence (hospitalisation, anesthésie générale...).

Certificat médical : Autorisation d'intervention médical :

Médecin traitant :

.....

ADHESION

Carte d'adhésion AFR :

Numéro : _____ Valable du _____ 201__ au _____ 201__

.....

Je soussigné(e), responsable de l'enfant.....

déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus, et, accepte le règlement intérieur du multi accueil ci-joint.

Fait à, le :/...../.....

Signature des parents :

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

.....
.....

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (facultatif).....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....