



L'ENFANT						
NOM				PRENOM		
DATE DE NAISSANCE				SEXE	M	F
ECOLE ANNEE 2016/2017				CLASSE		
ECOLE ANNEE 2017/2018				CLASSE		

LE RESPONSABLE LEGAL											
PERE						MERE					
NOM						NOM					
PRENOM						PRENOM					
Adresse						Adresse					
Tel domicile	..	..	..	..	..	Tel domicile	..	..	..	..	..
Portable	..	..	..	..	..	Portable	..	..	..	..	..
Autre numéro	..	..	..	..	..	Autre numéro	..	..	..	..	..
@						@					

ELEMENTS SANTE			
GROUPE SANGUIN DE L'ENFANT			
SPECIFICITES ALIMENTAIRES			
<input type="checkbox"/> Végétarien	<input type="checkbox"/> Sans porc	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	
ALLERGIES			
<input type="checkbox"/> ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/> P.A.I	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTEUSE	<input type="checkbox"/> ASTHME
Préciser :	Préciser :	Préciser :	Préciser :
TRAITEMENTS MEDICAUX			
En cas de prise de médicaments pendant le repas, il faut obligatoirement remettre l'ordonnance du médecin prescripteur ainsi qu'une demande écrite et signée par le responsable légal.			
NOM DU MEDECIN TRAITANT			
Téléphone	..	..	..
Recommandations éventuelles des parents			

NUMERO DE SECURITE SOCIALE (OBLIGATOIRE)						
NUMERO ALLOCATAIRE C.A.F (OBLIGATOIRE)						
REGIMES	<input type="checkbox"/> GENERAL	<input type="checkbox"/> M.S.A	LIEU DE RESIDENCE PRINCIPALE DE L'ENFANT			
			PARENTS	MERE	PERE	AUTRE

<i>EMPLOYEUR PERE</i>	<i>EMPLOYEUR MERE</i>
Nom et Adresse	Nom et Adresse
<i>PROFESSION</i>	

<i>SITUATION FAMILIALE (cocher votre réponse)</i>					
<input type="checkbox"/> MARIÉS	<input type="checkbox"/> CONCUBINS	<input type="checkbox"/> CELIBATAIRES	<input type="checkbox"/> DIVORCÉS	<input type="checkbox"/> VEUF/VEUVE	<input type="checkbox"/> AUTRE

<i>PERSONNE A APPELER SI NECESSITE ET SI RESPONSABLE LEGAL INJOIGNABLE</i>					
Nom	Prénom				
Adresse	Tel	..	..	..	..
	Qualité				

DROIT A L 'IMAGE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

<i>ASSURANCE</i>	
NOM	
Numéro de sociétaire	

ASSURANCE EXTRA-SCOLAIRE DE L'ENFANT : JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE ATTESTATION POUR LA GARANTIE RESPONSABILITE CIVILE, INDIVIDUELLE ACCIDENT NON OBLIGATOIRE MAIS FORTEMENT CONSEILLEE.

TOUT ENFANT AGE DE MOINS DE 7 ANS DOIT OBLIGATOIREMENT REPARTIR DU DISPOSITIF D'ACCUEIL ACCOMPAGNE PAR UNE PERSONNE MAJEURE	
Le signataire, <u>AUTORISE</u> , les personnes désignées ci-contre à récupérer leur enfant à la sortie de l'accueil de loisirs ou péri-accueil :	- -

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur des dispositifs d'accueils de mineurs de Mouy et avoir rempli et/ou mis à jour la fiche sanitaire de liaison obligatoire pour toute participation aux différents accueils. L'inscription de mon enfant implique acceptation du dit règlement.

Je soussignée,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'encadrement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Fait à Mouy le	Signature du représentant légal

ATTENTION : joindre obligatoirement une attestation d'assurance responsabilité civile + individuelle accident pour l'année scolaire concernée