

**Nom :**

**Prénom :**

Civilité .....  
Adresse .....  
.....  
.....  
.....

Téléphone .....  
Sur liste rouge   
E-mail .....  
Téléphone portable.....

### Généralités

#### Régime

Régime général   
Régime agricole   
N° Allocataire .....

#### Situation financière

Nb enfants à charge .....  
Nb enfants total .....  
Quotient familial .....  
Date d'effet .....

#### Divers

Résidence principale : Oui / Non  
Résidence secondaire : Oui / Non  
Autre .....

#### Remarque

### Parents

#### Parent 1

Civilité .....  
Nom .....  
Prénom .....  
Profession .....  
Employeur .....  
Téléphone ..... Poste .....  
Portable .....  
Adresse .....  
.....  
Remarque .....  
.....

#### Parent 2

Civilité .....  
Nom .....  
Prénom .....  
Profession .....  
Employeur .....  
Téléphone ..... Poste .....  
Portable .....  
Adresse .....  
.....  
Remarque .....  
.....

**Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure en vigueur et en accepter les clauses.**

A Notre Dame De Monts, le .....

Signature



**Nom :**

**Prénom :**

Adresse ..... Téléphone .....  
 ..... Portable .....  
 ..... E-mail .....  
 ..... Né (e) le .....  
 Nationalité ..... Sexe .....

### Généralités

#### Scolarité

Classe .....  
 Etablissement scolaire .....

#### Repas spéciaux

#### Divers

Résidence principale : Oui / Non  
 Résidence secondaire : Oui / Non  
 Autre .....

#### Remarque

### Parents

#### Parent 1

Responsable légal

Parenté .....  
 Civilité .....  
 Nom .....  
 Prénom .....  
 Profession .....  
 Employeur .....  
 Téléphone ..... Poste .....  
 Portable .....

#### Parent 2

Responsable légal

Parenté .....  
 Civilité .....  
 Nom .....  
 Prénom .....  
 Profession .....  
 Employeur .....  
 Téléphone ..... Poste .....  
 Portable .....

#### Parent 3

Responsable légal

Parenté .....  
 Civilité .....  
 Nom .....  
 Prénom .....  
 Profession .....  
 Employeur .....  
 Téléphone ..... Poste .....  
 Portable .....

**Je (nous) soussigné (s).....**  
 .....  
 .....  
**responsable( s) légal( aux) de**  
 .....  
**certifié( ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements**  
**figurant sur cette fiche.**

A Notre Dame De Monts, le .....  
 Signature

Je soussigné( e) .....

Ou .....

Pour l'enfant .....

**Personnes autorisées ou interdites à récupérer mon enfant**

Interdit	Nom & prénom	Téléphones	Lien de parenté
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			

**Autorise**  **N'autorise pas**

Le personnel à sortir mon enfant de l'enceinte de l'établissement pour les sorties en groupe.

**Autorise**  **N'autorise pas**

Le personnel à photographier ou à filmer mon enfant dans la mesure où les films et images ne seront pas utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'établissement.

**Autorise**  **N'autorise pas**

La direction à consulter notre dossier allocataire CAFPRO afin d'accéder directement aux ressources (Quotient, revenus, nombre d'enfants à charge) à prendre en compte pour le calcul des tarifs (le service CAFPRO.fr respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation du CNIL. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe strictement personnel et confidentiel à l'équipe de direction).

**Autorise**  **N'autorise pas**

Le personnel à administrer à mon enfant :

- les éventuelles médications prescrites par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance.
- des antipyrétiques en cas de fièvre supérieure ou égale à 38.5° et selon le protocole de l'établissement.

**Autorise**  **N'autorise pas**

L'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident impliquant mon enfant (SAMU, pompiers, hospitalisation, anesthésie).

**Autorise**  **N'autorise pas**

Mon enfant à rentrer seul après les activités.

**Autorise**  **N'autorise pas**

Le personnel à transporter ou faire transporter mon enfant dans les véhicules de l'établissement dans le cadre des sorties en groupe.

**Autorise**  **N'autorise pas**

Mon enfant à sortir **seul** pendant les temps d'accueil de **l'Espace Jeunes**

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur en vigueur et en accepter les clauses.

A Notre Dame De Monts, le ..... Signature



**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

Date de naissance : ..... Garçon  Fille   
 Responsable de l'enfant : ..... Tél. : .....

### Renseignements médicaux

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

Angine	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Rougeole	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Oreillons	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Otite	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Rubéole	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Varicelle	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Scarlatine	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non					

#### Allergies

Asthme	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Alimentaire	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Autres : .....				

Cause et conduite à tenir : .....

.....

.....

#### Vaccins obligatoires (copie du carnet de vaccinations à fournir)

Diphtérie	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Date des derniers rappels : .....
Tétanos	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Date des derniers rappels : .....
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Date des derniers rappels : .....
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Date des derniers rappels : .....

#### Difficulté 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 lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc) précisez.

.....

.....

.....

#### Médecin traitant

Nom	Téléphone	Adresse