

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### ENFANT:

Nom: Prénom:

Né(e) le: à:

### PERE:

Nom: Prénom:

Adresse:

Téléphone domicile: Portable: Mail :

Profession: Téléphone professionnel:

N° de SS:  CPAM  MSA  Régime Maritime  Autres

Adresse du service de SS :

### MERE:

Nom: Prénom:

Adresse:

Téléphone domicile: Portable: Mail :

Profession: Téléphone professionnel:

N° de SS:  CPAM  MSA  Régime Maritime  Autres

Adresse du service de SS :

### ORGANISME VERSANT LES PRESTATIONS FAMILIALES:

Nom de l'organisme:  Nord  Pas de Calais / Adresse:

N° Allocataire: Allocataire:  Père  Mère

L'enfant apparaît sur la sécurité sociale : du Père  de la Mère

### SITUATION DE FAMILLE:

Célibataire  Mariés  Veuf  Divorcés  Concubins

Nombre d'enfants dans la famille à charge:

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX:

Médecin traitant: Adresse:

Téléphone:

Antécédents médicaux:

**Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts.**

Fait à , le Signature(s)

### Documents à joindre :

- Feuille des autorisations, signée
- Annexes 2 et 3 du règlement (Accusé de réception du règlement et autorisation de prise de vue)
- Photocopie du livret de famille
- Attestation d'Assurance Responsabilité Civile
- Photocopie de la fiche d'Imposition (revenus) de l'année N-2 (si non allocataire de la CAF)
- Photocopie du carnet de vaccination
- Certificat médical d'admission
- Relevé d'Identité Bancaire (si volonté de mettre en place un prélèvement)

## FICHE DES AUTORISATIONS

Nous soussigné(s), ....., représentant(s) légal(aux) de .....,

<b>REPRISE DES ENFANTS</b>	<p><input type="checkbox"/> <b>Autorise(nt)</b> la Responsable du multi-accueil à remettre mon enfant aux personnes désignées ci-après :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Nom</th> <th style="width: 33%;">N° de téléphone</th> <th style="width: 33%;">Lien de parenté</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Nom	N° de téléphone	Lien de parenté									
Nom	N° de téléphone	Lien de parenté											
<b>AUTORISATION DE SOINS</b>	<p><input type="checkbox"/> <b>Autorise(nt)</b> le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transfert en pédiatrie,</li> <li>- Transfert aux urgences</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> <b>Décharge(nt)</b> la direction de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Autorise(nt)</b> l'administration d'une dose de Doliprane si l'enfant fait plus de 38°5 de température selon le protocole établi par le médecin de structure.</p> <p>N.B: En cas de contre-indication à l'administration de Doliprane, nous vous prions de nous adresser un certificat médical de votre médecin traitant.</p>												
<b>SORTIES</b>	<p><input type="checkbox"/> <b>Autorise(nt)</b> celui/celle-ci à participer aux activités de sorties organisées par le multi-accueil « Les Chatons ».</p>												
<b>GOÛTER</b>	<p><input type="checkbox"/> <b>Autorise(nt)</b> celui/celle-ci à participer aux goûters organisés par le multi-accueil et ainsi manger gâteaux, biscuits ... et boire des jus de fruits et ce à l'occasion des anniversaires, galette des rois, chandeleur...</p> <p>Allergie alimentaire connue :</p> <p style="text-align: center;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, laquelle : ..... (merci de bien vouloir présenter un certificat médical)</p>												

Fait à,

le

Signature(s)