

FICHE SIGNALÉTIQUE

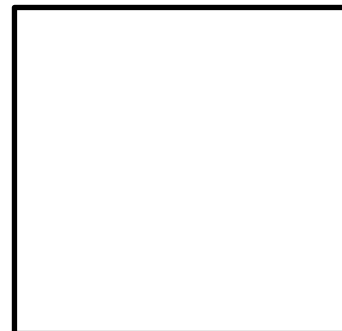
NOM du participant

PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE.....

CP.....LOCALITE.....



Numéros de téléphone :

GSM PAPA : GSM MAMAN :

LIEU DE TRAVAIL : AUTRES :

Nom et prénom du responsable..... (père, mère, tuteur)

Numéro de carte bancaire /..... /.....

Nom de la personne à qui doit être adressée la déductibilité fiscale :

MÈRE : Nom :

Prénom :

Mail :

Adresse (si différente ci-dessus) :
.....
.....

PÈRE : Nom :

Prénom :

Mail :

Adresse (si différente ci-dessus) :
.....
.....

Ecole fréquentée : Commune :

Type d'enseignement : *normal* *spécialisé*

ACTIVITES

Ateliers créatifs : mercredi samedi

Stages :

Aide aux devoirs : lundi mardi jeudi vendredi

J'autorise/n'autorise pas à faire figurer l'image de mon enfant sur les réseaux sociaux, le site internet du CEC et autres formats publicitaires (papier et digital) destinés à informer la population des activités déployées par le Quinquet en termes d'animation à destination de la petite enfance.

L'enfant rentre : ACCOMPAGNE SEUL (entourer la mention utile)

Personne qui reprend l'(les) enfant(s) après les activités :

Nom.....Prénom.....

Nom.....Prénom.....

Nom.....Prénom.....

Un document justificatif signé est à nous faire parvenir si votre enfant rentre seul à la maison.

FICHE SANTE

2 VIGNETTES

Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l'activité ? (ex : problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental...). Indiquer aussi la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir.

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

Quelles sont les interventions médicales subies par le participant ? (+ année ?) (appendicite,...)

.....
.....

Est-il vacciné contre le tétanos ? OUI/NON Date du dernier rappel.....

Le participant est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments ?

Si oui, lesquels.....

Quelles en sont les conséquences ?

.....
.....

Porte-t-il des LUNETTES - APPAREILS AUDITIFS ?

Souffre-t-il d'un handicap ? OUI/NON Lequel ?

Sait-il nager ? OUI/NON

En cas de **traitement médical**, veuillez fournir un **certificat médical** avec le nom des médicaments et la posologie à donner à l'enfant ainsi qu'un document nous autorisant à administrer ceux-ci.

DATE

SIGNATURE DES PARENTS