

## FICHE SIGNALÉTIQUE

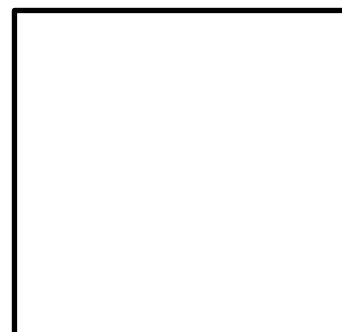
NOM du participant .....

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 compte 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