



## FICHE ENFANT 2022/2023

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Masculin

Féminin

DATE DE NAISSANCE : .....

	Parent 1	Parent 2	Beau-père/Belle-mère
NOM			
PRÉNOM			
AUTORITÉ PARENTALE	Oui Non	Oui Non	
TÉLÉPHONE			
TÉLÉPHONE TRAVAIL			

### LISTE DES PERSONNES (hors parents) AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ENFANT

NOM	PRÉNOM	LIEN DE PARENTE	TÉLÉPHONE

### LISTE DE PERSONNE INTERDITE A RÉCUPÉRER L'ENFANT (fournir copie du document officiel de jugement)

NOM	PRÉNOM	LIEN E PARENTE	TÉLÉPHONE

### ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

- Primaire Stéphane Hessel ARS SUR FORMANS  petit berger ARS SUR FORMANS
- CHALEINS  MISERIEUX  SAVIGNEUX  RANCE  VILLENEUVE  AUTRE ECOLE
- Secondaire  Collège Jean Moulin TREVoux  Autre Collège : .....
- Lycée Val de Saône TREVoux  Autre Lycée : .....

#### • Classe

TPS/PS  MS  GS  CP  CE1  CE2  CM1  CM2

Autres : .....

### RÉGIME ALIMENTAIRE

- Pas de régime spécial
- Sans porc
- sans viande
- PAI projet d'accueil individualisé (fournir impérativement le document)

## AUTORISATIONS

- J'autorise le personnel à sortir de l'établissement avec mon enfant ( mes enfants ) .
- J'autorise le personnel à transporter mon enfant ( mes enfants) dans les véhicules de l'établissement ou dans les véhicules de location (bus) pour les sorties en groupe
- J'autorise l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant mon enfant (SAMU, pompier, hospitalisation)
- J'autorise Grain de sel à utiliser l'image de mon enfant sur tout support de communication pour les besoins de la structure
- J'autorise la direction à consulter mon dossier allocataire CDAP ( numéro allocataire pour l'application des tarifs ) pour le calcul des tarifs. (Le service CDAP.fr respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation de la CAF qui attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel à l'équipe de direction.)
- J'autorise le personnel à administrer les éventuelles médications prescrites sur présentation d'une ordonnance.
- J'autorise mon enfant à rentrer seul après les activités ( périscolaire, extrascolaire, atelier sportif et culturel...)
- J'autorise mon enfant à pratiquer les activités nautiques

## TRAITEMENT MEDICAL

Mon enfant suit un traitement médical

- OUI Lequel : .....
- NON

## ALLERGIES

- Pas d'allergie
- Allergie alimentaire ( justificatif obligatoire)
- Asthme ( justificatif obligatoire)
- Allergie médicamenteuse ( justificatif obligatoire)

**DIFFICULTÉ DE SANTÉ DE L'ENFANT** : préciser

.....

**RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS** : préciser

.....

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche

DATE

NOM PRENOM SIGNATAIRE

SIGNATURE