

FICHE INDIVIDUELLE

1 FICHE PAR ENFANT

L'enfant

Filles Garçon

Réside chez : père mère

Résidence Alternée : Oui Non

NOM _____

Prénoms _____

Né(e) le |__|/|__|/|__|__|__| à _____ Département |__|

Les Responsables légaux

Ceux sont les personnes vivant au foyer déjà indiquées dans le formulaire foyer > Ne pas remplir le tableau ci-dessous.
 Si le père ou la mère ne vit pas dans le même foyer que l'enfant > Remplir le tableau ci-dessous :

PÈRE

MÈRE

NOM _____

NOM _____

Prénoms _____

NOM d'usage _____

Prénoms _____

Situation matrimoniale actuelle

Célibataire Pacsés Mariés Séparés Divorcés Veuf (ve)

Coordonnées

Coordonnées

Adresse
 N° _____ Voie _____

Adresse
 N° _____ Voie _____

CP 34970 Lattes Centre Maurin Boirargues

CP 34970 Lattes Centre Maurin Boirargues

Ou autre : CP |__|__|__|__| Ville : _____

Ou autre : CP |__|__|__|__| Ville : _____

Téléphone Domicile |__|__|__|__|__|__|__|__|__|
 cocher si liste rouge

Téléphone Domicile |__|__|__|__|__|__|__|__|__|
 cocher si liste rouge

Portable Perso |__|__|__|__|__|__|__|__|__|
 cocher si liste rouge

Portable Perso |__|__|__|__|__|__|__|__|__|
 cocher si liste rouge

Mail: _____ @. _____

Mail: _____ @. _____

Profession : _____

Profession : _____

Employeur : _____

Employeur : _____

Téléphone Bureau |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Téléphone Bureau |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Portable Professionnel |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Portable Professionnel |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Autorisations

Autorité parentale : Oui Non
 Prévenir en cas d'urgence : Oui Non
 Création d'un compte citoyen : Oui Non
 Payeur : Oui Non

Informations médicales

Antécédents médicaux et informations diverses

Allergies : Médicamenteuse Alimentaire (si oui, établir un PAI) autres

Précisez : _____

Difficultés de santé:

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes : Coqueluche Oreillons Rougeole Rubéole Scarlatine Varicelle
 Angine Asthme Otite Rhumatisme

Précisez les maladies, accidents, hospitalisations.... avec date et précautions nécessaires :

L'enfant porte-t-il Des lunettes Un appareil dentaire Autres, précisez : _____

Intimité : L'enfant mouille son lit Est réglée, s'il s'agit d'une fille

Repas: Standard Sans viande

Médecin Traitant

M. Mme _____

Téléphone : | | | | | | | | | | | | | | | |

Portable : | | | | | | | | | | | | | | | |

N° _____ Voie _____

CP | | | | | | | Ville : _____

Contacts autorisés autres que les parents

URG REC	URG à prévenir en cas d'urgence si absence des parents	REC...pouvant récupérer l'enfant		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Cocher	NOM	Prénom	Lien parenté avec l'enfant	Téléphone

Autorisations

Oui Non	Les deux dernières autorisations sont consenties à titre gratuit et ne donnent en conséquence lieu à aucune rémunération quelle qu'elle soit. Elles courent chaque année par tacite reconduction, sauf annulation écrite déposée.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	J'autorise le garant à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant tel qu'hospitalisation, traitement médical ou chirurgical.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	J'autorise mon enfant à être transporté par les véhicules utilisés par la Commune de Lattes, sous la surveillance d'un animateur, afin de pratiquer toutes les activités organisées auxquelles il est inscrit.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	J'autorise la Mairie de Lattes à diffuser le prénom et les productions artistiques de mon enfant.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	J'autorise la Mairie de Lattes à publier, exposer ou diffuser les photographies ou vidéos représentant mon enfant

Assurances...

Sécurité Sociale CPAM MSA Autre :

Numéro : | | | | | | | | | | | | | | | |

Responsable : mère père

Assurance couvrant l'enfant pour les activités extra scolaires et de loisirs à fournir chaque année au Guichet Familles.

Nom : _____ N° de contrat : _____

« Nous, responsables légaux de l'enfant, soussignons et déclarons l'exactitude de ces informations »

M. _____

Fait à _____

Mme _____

Le | | | | | | | | | | | | | | | |

Signature Père	Signature Mère
----------------	----------------