

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ENFANT

- de 6 ans

+ de 6 ans

N° adhérent :

Date inscription :

NOM de l'enfant:

PRENOM de l'enfant:.....

Date et lieu de naissance de l'enfant :.....

Nom du/des responsables :

COORDONNEES du/des responsables :

Adresse :

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

Mobile :

Domicile :

Professionnel :

Email :.....

ASSURANCE (responsabilité civile) :

Compagnie : N°.....

AUTRES RENSEIGNEMENTS (facultatifs)

Jour de la séance :

Mardi après-midi

Jeudi après-midi

Mercredi après-midi

Samedi matin

Stage vacances

Bénéficiaires de la carte Vacances Loisirs. : OUI NON

Si oui, merci de fournir une photocopie

Profession des parents :

Connaissance Archipel :.....

Autres renseignements:



Association ARCHIPEL
23, rue Arnaud Bernard
31000 TOULOUSE
Tel 05 34 41 14 99
E-mail : contact@archipel-toulouse.fr
<http://www.archipel-toulouse.fr>

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

- 6 ans

➤ ENFANT :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon Fille

➤ VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON
Diphtérie		
Poliomyélite		
Tétanos		
Ou DT Polio		
Ou Tétracoq		
BCG		

➤ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? Oui Non

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

	oui	non		oui	non
Rubéole			Varicelle		
Angine			Scarlatine		
Coqueluche			Otite		
Rougeole			Oreillons		
Rhumatisme articulaire aigu					

ALLERGIES :

Asthme : oui non Alimentaires : oui non

Médicamenteuses : oui non Autres :

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR ET

SIGNALEZ TOUTE AUTOMEDICATION :

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

➤ **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, un appareil d'orthodontie etc. précisez.

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

➤ **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....
.....

Tél domicile : Tél bureau :

Tél portable :

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

.....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale etc.) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

AUTORISATIONS PARENTALES / ATTESTATION D'ASSURANCE / DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) :, responsable de l'enfant :

* **Autorise mon enfant à participer**, pour l'année scolaire aux activités dans les locaux d'Archipel (ateliers, jeux, récréation...) et aux activités à l'extérieur de la structure (sorties, visites d'expositions et promenade...)

* **Autorise mon enfant à sortir seul du centre ARCHIPEL à la fin des activités** : OUI NON

Si non, merci de préciser les noms et prénoms des personnes qui peuvent venir chercher votre enfant :

.....

* **Certifie que mon enfant est bien assuré** à sous le numéro :

Archipel effectue régulièrement des **reportages photos de vos enfants** dans le cadre de ses activités, destinés à être utilisés sur nos supports de communication.

Autorisez-vous cette utilisation ? OUI NON

Fait à Toulouse, le

Signature du responsable légal :