

# Fiche de renseignements

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom(s) :** \_\_\_\_\_

Sexe : F ou M

Aîné : oui non

Né(e) le \_\_/\_\_/\_\_\_\_

à \_\_\_\_\_

Dép. : \_\_

En qualité de : Demi- Pensionnaire ou Externe

Lundi :  Mardi :  Jeudi :  Vendredi :

**Responsable 1 : Père/Mère/Tuteur :**

Nom, prénom : .....

Né le : .....

Adresse si différente de celle de l'enfant :

.....

.....

Profession : .....

Dans l'entreprise : .....

.....

Téléphone fixe : .....

Portable: .....

Lieu de travail : .....

Téléphone du travail : .....

Mail : .....@.....

Situation maritale : .....

**Responsable 2 : Père/Mère/Tuteur :**

Nom, prénom : .....

Né le : .....

Adresse si différente de celle de l'enfant :

.....

.....

Profession : .....

Dans l'entreprise : .....

.....

Téléphone fixe : .....

Portable: .....

Lieu de travail : .....

Téléphone du travail : .....

Mail : .....@.....

**Mode de paiement :**

IBAN (Remplir le Mandat Sepa ci-joint et joindre un RIB):

FR \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Autres enfants :**

Nom, prénom	Né(e) le	Etablissement fréquenté

**Personnes à contacter en cas d'absence des parents :**

M – Mme ..... Téléphone : ..... Lien de parenté :.....  
M – Mme ..... Téléphone : ..... Lien de parenté :.....

**Personnes autorisées à prendre votre enfant :**

M – Mme ..... Téléphone : ..... Lien de parenté :.....  
M – Mme ..... Téléphone : ..... Lien de parenté :.....  
M – Mme ..... Téléphone : ..... Lien de parenté :.....

**Médecin traitant :**

Nom : ..... Téléphone : .....

**Vaccinations obligatoires :** (Indiquer les dates du carnet de santé ou joindre une photocopie)

DT Polio ou équivalent à jour au ...../...../.....

**Problèmes particuliers de l'enfant :**

- Traitement médical : .....  
.....
- Allergies : .....  
.....
- Précautions particulières : .....  
.....
- Aide à la scolarité  
 CMPP ou CMPI     orthophoniste     autre : \_\_\_\_\_(précisez)

**Droit à l'image :**                    OUI                     NON

En soumettant ce formulaire, j'accepte que les informations saisies soient utilisées, exploitées, traitées pour permettre de me recontacter, m'envoyer des mails, strictement dans le cadre de la scolarité de mon enfant.

Le.....,

à .....

Signature Responsable :