

 **MERCI DE TOUT REMPLIR ET TOUT SIGNER**

**NOM ET PRENOM DE L’ENFANT :**

**DATE DE NAISSANCE ET AGE :**

# Fiche famille

**S**

**anté**

**Mère**

**Père**

**Nom et prénom**

**:**

**Métier**

**:**

**Tél portable**

**:**

**Tél fixe**

**:**

**Adresse**

**:**

**Adresse mail**

**:**

L’enfant à t-il déjà eu les maladies suivantes (cocher la case)

Rubéole **□**  Otite **□**

Varicelle **□**  Coqueluche **□**

Angine **□** Rougeole **□**

Scarlatine **□** Oreillons **□**

Asthmes **□** Allergies : (précisez)

Précisez si problème de santé ou autres recommandations :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Photocopies des vaccins **□**

Photocopie assurance responsabilité civile **□**

Personnes autres que les parents autorisées à venir chercher l’enfant :

(Noter aussi si frère ou sœur mineur)

 Je soussigné ……………………………………………………………………………………………………………………. Responsable légal de l’enfant, déclare exact

les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de L’R des Champs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation…) rendues nécessaires par l’état de l’enfant. Je déclare aussi avoir pris connaissance du règlement intérieur et m’engage à le respecter.

Date : Signatures :

Je soussigné …………………………………………………………………………………………………………………………………

Autorise L’R des Champs à prendre mon enfant en photos et films et à les diffuser pour les activités du centre et de la garderie, journaux).

OUI **□** NON **□**

Date : Signatures :