

ACTM

Fiche de Renseignements



Fiche Sanitaire

NOM et Prénom de l'enfant : _____

Date de Naissance : _____

Identité de la Famille

NOM et Prénom du Père ou tuteur : _____

NOM et Prénom de la Mère : _____

Adresse : _____

Tel domicile : _____

C.P.A.M. n° : _____

Adresse : _____

C.A.F. n° : _____

Personnes à prévenir en cas d'urgence : _____

Tel : _____
Tel : _____

Assurance : _____

M.A.E. OUI NON n° : _____

Autre : _____ n° : _____

NOUS soussignés : _____

Responsables de l'enfant : _____

autorisons le responsable du centre à faire soigner notre enfant et à faire pratiquer les interven
d'urgences, éventuellement sous anesthésie, suivant les prescriptions médicales.

À Mandé le _____ Signatures

NOM et Prénom de l'enfant : _____

Date de Naissance : _____

Traitements médicaux

Tout traitement doit faire l'objet d'une prescription médicale.
Tout traitement en cours sera administré à l'enfant sur présentation de l'ordonnance.

Allergies OUI NON

Lesquelles (médicaments, aliments, acariens, pollen, soleil...) à préciser : _____

Activités

Contre-indications médicales pour la pratique de certaines activités _____

Votre enfant a-t-il peur de l'eau ? _____

Sait-il nager ? _____

Préciser tous renseignements qui pourraient vous sembler importants _____

JOINDRE à cette fiche : _____

⇒ photocopie des pages de vaccination du carnet de santé.

⇒ attestations de S.S. et Assurance extrascolaire.

⇒ copie du Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) s'il a été mis en place à l'école.

AUTORISATIONS

NOUS autorisons notre enfant à venir seul au **ACTM** et à le quitter seul en fin de journée.

NOUS n'autorisons pas notre enfant à quitter seul le **A.C.M.**
Personnes autorisées à venir chercher l'enfant _____

À Mandé le _____ Signatures