



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

*Veillez
agrafer une
photo
récente de
votre
enfant ici*

➤ L'ENFANT

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant : Sexe : Féminin Masculin

Adresse de l'enfant :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Langue(s) parlée(s) à la maison : Religion :(optionnel)

Age lors de la rentrée de l'enfant :an(s).....mois

➤ LES PARENTS/TUTEURS DE L'ENFANTS (cocher la personne à contacter en cas d'urgence).

PERE/TUTEUR

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

☎Tél. Domicile :

☎Tél. Portable :

Profession :

Employeur/société :

☎Tél. Travail :

E-mail :

MERE/TUTRICE

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

☎Tél. Domicile :

☎Tél. Portable :

Profession :

Employeur/société :

☎Tél. Travail :

E-mail :

* entourer la bonne réponse

➤ INSCRIPTION ET ORIENTATION

Toute petite Section De 2 à 3 ans	Petite Section A partir de 2 ans 9 mois à 4 ans	Moyenne Section De 4 à 5 ans	Grande Section De 5 à 6 ans	CP De 6 à 7 ans
---	---	--	---------------------------------------	---------------------------

Choix de l'orientation :

Maternelle

- Toute Petite Section
- Petite Section
- Moyenne Section
- Grande Section

Cours Préparatoire

- CP

Partie réservée à la Direction

Reçu par :

Date de réception :

Date de rentrée :

Classe :

Frais d'inscription :

Taille du tee-shirt :

Votre enfant commence le :

➤ LA FAMILLE

Frères et sœurs

Nom, Prénom et date de naissance :

..... née le / /

..... née le / /

..... née le / /

..... née le / /

..... née le / /

Position dans la fratrie :

Y-a-t-il eu un évènement majeur dans votre famille qui pourrait affecter votre enfant : Oui / Non *

Naissance d'un bébé :

Déménagement :

Séparation :

Autres :

➤ **AUTRES CONTACTS EN CAS D'URGENCE**

Nommez les personnes à contacter en cas d'urgence si les parents restent injoignables.

1. Nom et prénom :

Adresse :

☎ Tél. Domicile : ☎ Tél. Portable :

Lien avec l'enfant :

2. Nom et prénom :

Adresse :

☎ Tél. Domicile : ☎ Tél. Portable :

Lien avec l'enfant :

➤ **DEPART DE L'ENFANT :**

Nommez les personnes en dehors des parents et/ou tuteurs de l'enfant, autorisées à récupérer l'enfant.

1. Nom et prénom :

Adresse :

☎ Tél. Domicile : ☎ Tél. Portable :

Lien avec l'enfant :

2. Nom et prénom :

Adresse :

☎ Tél. Domicile : ☎ Tél. Portable :

Lien avec l'enfant :

3. Nom et prénom :

Adresse :

☎ Tél. Domicile : ☎ Tél. Portable :

Lien avec l'enfant :

4. Nom et prénom :

Adresse :

☎ Tél. Domicile : ☎ Tél. Portable :

Lien avec l'enfant :

➤ **INFORMATIONS MEDICALES**

Nom du médecin traitant : ☎ Tél. :

Couverture sociale : **CAFAT** N° / **Mutuelle** N°

Autres

En cas d'urgence, si nous ne pouvons pas vous contacter, votre enfant devra t-il être conduit :

Hôpital ou clinique de référence :

* entourer la bonne réponse

➤ **HISTORIQUE MEDICAL**

Veillez fournir un certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité datant de moins de 3 mois avant la rentrée de votre enfant.

Votre enfant a-t-il déjà attrapé la :

- Varicelle** **oui / non** *
- Oreillons** **oui / non** *
- Rougeole** **oui / non** *

Y-a-t-il d'autres particularités médicales dont nous devons être informées :

Opérations :

Allergies :

.....

Accidents :

Votre enfant est-il :

- Epileptique** **oui / non** *
- Diabétique** **oui / non** *
- Asthmatique** **oui / non** *

Instructions du médecin en cas de crise :

.....

.....

Mise en place d'un PAI (Projet d'accompagnement individualisé)

.....

Malgré toute l'attention porté à votre enfant au sein de l'établissement, votre enfant ne passera pas au travers de petits 'bobos' survenant au cours de ses journées (bosses, griffures, morsures, foulures...). Dans le cas d'accident important ou de maladie nécessitant une intervention médicale d'urgence, tous les efforts seront fait pour contacter les parents/tuteurs avant toute intervention. Quoiqu'il en soit, si vous restez injoignable, il nous faut votre autorisation d'intervention d'urgence :

- Votre enfant est-il allergique au Doliprane/Advil : **oui / non** *

Nous/j' autorise le personnel d'Atout Bout Chou à :

Nous/je n'autorise(ons) pas le personnel d'Atout Bout Chou à :

- administrer du Doliprane à mon enfant. Si toutes les tentatives pour nous/me contacter échouent.

- en cas d'urgence médicalement justifiée, contacter les secours et autoriser ceux-ci à organiser tout examen, investigation et intervention, y compris l'anesthésie générale.

Poids de votre enfant :à la date du :

* entourer la bonne réponse et cocher la bonne case

Date et signature (à faire précéder de la mention « lu et approuvé ») / /

AUTORISATION DE SORTIES PEDAGOGIQUES

Je soussigné(e) père mère
de l'enfant :
autorise la participation de mon enfant à des sorties pédagogiques organisées et encadrées par des
adultes responsables.

Date et signature (à faire précéder de la mention « lu et approuvé »)

..... / /.....

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) père mère
de l'enfant :

autorise mon enfant à apparaître sur des photos individuelles ou de groupe qui seront affichées au sein
du jardin d'enfants, sur le site Internet d' ATOUT BOUT' CHOU et sur l'application

n'autorise pas mon enfant à apparaître sur des photos individuelles ou de groupe qui seront affichées au
sein du jardin d'enfants, sur le site Internet d' ATOUT BOUT' CHOU et sur l'application

Date et signature (à faire précéder de la mention « lu et approuvé »)

..... / /.....

La loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 « informatique et libertés » art.34, vous permet de disposer d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données vous concernant. Les informations collectées dans les formulaires suivants ne seront ni cédées, ni utilisées pour le compte de tiers à des fins de prospection.
