



# 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**

**MERE/TUTRICE**

Nom : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Adresse : .....

Adresse : .....

☎Tél. Domicile : .....

☎Tél. Domicile : .....

☎Tél. Portable : .....

☎Tél. Portable : .....

Profession : .....

Profession : .....

Employeur/société : .....

Employeur/société : .....

☎Tél. Travail : .....

☎Tél. Travail : .....

E-mail : .....

E-mail : .....

\* entourer la bonne réponse

➤ **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 : .....

➤ **INSCRIPTION**

**Prématernelle**

- Mi temps sans repas
- Mi-temps avec repas
- Plein temps

**Partie réservée à la Direction**

Reçu par :.....

Date de réception :.....

Date de rentrée : .....

Frais d'inscription : .....

**Votre enfant commence le :** .....

➤ **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 : .....

.....

.....

Malgré toute l'attention portée 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 (ons) 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

**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 (espace publique)

- sur Facebook

**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

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

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