



FICHE DE RENSEIGNEMENT

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Nom de l'enfant :
Date de naissance :

Prénom :

Nom et prénom du père/mère/autre :
Nom et prénom du père/mère/autre :

Adresse :

N° tél. domicile :
portable :

N° tél. travail :

adresse@mail :

Nom et prénom des frères et sœurs et dates de naissance :

N° allocataire CAF :

N° immatriculation sociale si régime MSA:

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom du médecin traitant :

Tél. :

Joindre la photocopie du carnet de vaccination

Allergies connues (alimentaires, médicamenteuses, ...) :

Antécédents médico-chirurgicaux importants :

Si un traitement médical doit être dispensé pendant l'accueil de votre enfant, vous devez fournir la prescription médicale avec le traitement, ainsi qu'une autorisation parentale nous permettant de donner les médicaments. Merci.

Je soussigné(e)....., adulte responsable de l'enfant....., autorise le personnel de la structure d'accueil à prendre toute décision médicale et/ou d'évacuation sur un centre hospitalier en cas de nécessité urgente.

Date et signature



Communauté de Communes
du Sisteronais-Buéch

Pôle Petite Enfance - L'île aux Enfants
7 rue des Jardins 05700 Serres - Tel : 04 92 67 00 52
creche.ileauxenfants@orange.fr