

## Fiche d'inscription 2015

### Atelier du mercredi et du jeudi

- ENFANT

Nom : ..... Prénom : ..... Garçon / Fille (entourez)

Date de naissance : l \_ l \_ l l \_ l \_ l 20 l \_ l \_ l

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Pays :

- RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT  Mère  Père

Situation familiale :  Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Autre : .....

	Père (ou autre : .....)	Mère (ou autre : .....)
NOM PRENOM		
Adresse (si différente de l'enfant)		
Adresse mail		
Profession		
N° téléphone professionnel		
N° téléphone domicile		
N° téléphone portable		



○ RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?  oui  non

Si l'enfant doit prendre un traitement durant l'atelier, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée du médecin.**

○ SANTE

Votre enfant est-il :  
Asthmatique :  oui  non  
Allergique  
médicamenteuse  oui  non  
Allergique  
alimentairement  oui  non

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

Si votre enfant est en situation de handicap  oui  non

➤ Si oui, une rencontre avec l'éducatrice doit être prévue avant chaque accueil.

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Précisez si votre enfant porte des lunettes, des prothèses auditives etc....

.....

Autres remarques :

.....

○ Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à..... Date : ..... Signature :