

Date d'Adhésion : .....

Ce document permet de recueillir des éléments administratifs et certains éléments de la santé de l'enfant.  
Vous devez remettre cette fiche à l'organisateur de l'accueil de l'enfant. Merci de remplir le document lisiblement en lettre majuscule.

Nom, prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Age : ..... Sexe : F / G

N° Sécurité Sociale : .....

Représentant légal 1: Père, Mère ou responsable de l'enfant (barrer les mentions inutiles)

Nom, prénom .....

Adresse .....

Profession : ..... Employeur : .....

☑ : Domicile..... Travail..... Téléphone portable.....

N° Sécurité Sociale : .....

Mail : .....

Représentant légal 2: Père, Mère ou responsable de l'enfant (barrer les mentions inutiles)

Nom, prénom .....

Adresse .....

Profession : ..... Employeur : .....

☑ : Domicile..... Travail..... Téléphone portable.....

N° Sécurité Sociale : .....

Mail : .....

Personnes susceptibles d'être prévenues en cas d'urgence :

Nom, prénom .....

Adresse .....

☑ : Domicile..... Travail..... Téléphone portable.....

Nom, prénom .....

Adresse .....

☑ : Domicile..... Travail..... Téléphone portable.....

**Les responsables légaux autorisent ces personnes à venir chercher l'enfant dans la structure**

Assurance responsabilité civile : (joindre attestation ou justificatif)

Compagnie : .....

Numéro d'adhérent : .....

N° Allocataire CAF ou MSA\* : .....

\*(mention obligatoire)

## Renseignements sanitaires

Vaccinations : (obligatoires)

Fournir la photocopie du carnet de vaccination en vérifiant que le nom de l'enfant est clairement mentionné.  
A défaut fournir une attestation de vaccination d'un médecin.

### Indiquez ci-dessous les éléments médicaux qui sont susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil

Maladies ou allergies sévères connues : (exemple diabète, asthme, allergies alimentaires.....), fournir une copie du carnet de santé.

Conduite à tenir spécifique (sommeil, hygiène, alimentation.....port de lunettes, port d'appareillage auditif...)

Traitements médicamenteux : (susceptibles d'avoir des répercussions sur le temps de l'accueil).

Si le traitement doit être pris sur le temps de l'accueil **contactez le responsable**.

Cela doit rester **exceptionnel**, et la copie de l'ordonnance en cours de validité est obligatoire.

### Si vous avez signalé des difficultés de santé et dans l'intérêt de l'enfant Contactez le responsable de la structure d'accueil

En cas d'urgence, j'autorise le responsable de la structure à prendre les mesures nécessaires pour l'appel des secours,

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à signaler toute modification des renseignements fournis.

Signature du responsable légal 1

Signature du responsable légal 2

En cas de nécessité et urgence, j'autorise le responsable de l'activité à faire admettre l'enfant :

A l'hôpital le plus proche du lieu d'activité

Date : .....

Signature :