



MON ENFANT		
NOM :		
PRENOM :		
Date de naissance :	à :	
Ecole fréquentée :		
Classe :		
	Oui	Non
A-t-il un PAI ? (Si oui, merci de contacter nos services)		
Sait-il nager ?		

REGIME D'APPARTENANCE			
REGIME :	<input type="radio"/> CAF	<input type="radio"/> MSA	<input type="radio"/> Autres :
N° d'allocataire :			
Autorisation de consulter mon quotient familial sur le site de CAFPRO ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

RESPONSABLES LEGAUX		
Autorité parentale conjointe (entourez la réponse) :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
MERE		PERE
NOM :	NOM :	
PRENOM :	PRENOM :	
N° téléphone :	N° téléphone :	
Situation de famille :	Situation de famille :	

LA COMPOSITION DU FOYER DE MON ENFANT			
<input type="radio"/> MONSIEUR	<input type="radio"/> MADAME	<input type="radio"/> MONSIEUR	<input type="radio"/> MADAME
NOM :		NOM :	
PRENOM :		PRENOM :	
Père – Mère – Tuteur – Autre :		Père – Mère – Tuteur – Autre :	
N° téléphone :		N° téléphone :	
Mail :		Mail :	
Profession :		Profession :	
Employeur :		Employeur :	
N° téléphone professionnel :		N° téléphone professionnel :	
Adresse :			

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER MON ENFANT (Personnes majeures uniquement)	
Nom & Prénom :	N° téléphone :
Nom & Prénom :	N° téléphone :



FICHE DE RENSEIGNEMENTS



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX			
Nom du médecin traitant :			
N° DE SECURITE SOCIAL (celui sous lequel est rattaché l'enfant) :			
VACCINS OBLIGATOIRE	Nom du vaccin	Date du vaccin	Rappel prévu :
Diphtérie (D) Tétanos (T) Poliomyélite (P)			
VACCINS RECOMMANDES	Nom du vaccin	Date du vaccin	Rappel prévu :
Rougeole Oreillons Rubéole			
Coqueluche			
Hépatite B			
Autres (précisez) :			

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX					
L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?	Oui	Non	L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?	Oui	Non
Rubéole			Coqueluche		
Otite			Rougeole		
Varicelle			Angine		
Scarlatine			Oreillons		
Rhumatisme					
Autres (maladies, hospitalisation, opérations ...) :					

ASTHME, ALLERGIES, PATHOLOGIES ... (Protocole d'Accueil Individualisé, à valider avec la Direction)		
	PRECISIONS	
Asthme (entourez la réponse) :	Oui	Non
Allergies (précisez) :	Oui	Non
Intolérances alimentaires (précisez)	Oui	Non
Autres :		
Cadre réservé à l'administration <i>Procédure d'urgence ? Besoins spécifiques ? Panier repas ? Traitement à la maison ?</i>		
Reconnaissance MDPH ?	Oui	Non
Bénéficie-t-il d'une AESH / AVS ?	Oui	Non
Percevez-vous la PCH / AEEH ?	Oui	Non
Suivi par un service spécialisé (CESSAD, Hôpital de jour...) ?	Oui	Non
Besoins spécifiques ? (Merci de nous contacter)	Oui	Non

Je soussigné(e),, certifie exact les renseignements communiqués dans ce document.
 J'autorise la publication de photos sur les documents, médias et site de l'AGASC.
 J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités du centre et autorise le (la) directeur (trice) de l'ACM à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.
 Je m'engage au respect du Règlement Intérieur de l'ACM disponible sur demande

Fait à St Laurent du Var, le

Signature