



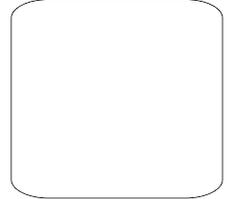
VILLE DE SAINT-FARGEAU-PONTHIERRY
185 AVENUE DE FONTAINEBLEAU

77310 SAINT-FARGEAU-PONTHIERRY
Tel : 01 60 65 20 20 Fax : 01 60 65 43 43
mairie@saint-fargeau-ponthierry.fr

Fiche Enfant

Enfant

Nom : Prénom :
Age :
Sexe :
Code Interne :
Nationalité :
Né(e) le ___/___/___ à
N de sécurité sociale :



Famille

Civilité : Nom : Téléphone 1 :
Adresse : Téléphone 2 :
Télécopie :
E-mail :
Situation familiale : Régime :
Nbr total d'enfants : 0 Assurance :
Nbr d'enfants à charge : 0 N de police :

Fiche Père :

Nom : Prénom :
Adresse :
Né(e) le ___/___/___ à
Nationalité :
Téléphone 1 :
Téléphone 2 :
Mobile :
N Sécurité
N Allocataire :
Profession :
Société :
Tél. Pro. :
Tél. Pro. 2 :
Autorité Parentale **Oui / Non**

Fiche Mère :

Nom : Prénom :
Adresse :
Né(e) le ___/___/___ à
Nationalité :
Téléphone 1 :
Téléphone 2 :
Mobile :
N de sécurité
N Allocataire :
Profession :
Société :
Tél. Pro. :
Tél. Pro. 2 :
Autorité Parentale **Oui / Non**

Médecin	Spécialité	Adresse	Téléphone	Ville

Vaccins	Obligatoire	Dernière Vaccination	Prochaine Vaccination
			__/__/__
			__/__/__
			__/__/__
			__/__/__
			__/__/__

Régime Alimentaire	Commentaires

Notes Médicales

Etablissement Hospitalier : Autorisation d'Hospitalisation :

Antécédents Médicaux

Commentaires - Hospitalisation

Personnes Autorisées à Venir Chercher l'Enfant

Nom/Prénom	Adresse	Téléphone	Téléphone 2	Lien de Famille

Personnes à Contacter en Cas d'Urgence

Nom/Prénom	Adresse	Téléphone	Téléphone 2	Lien de Famille

Fiche des autorisations à compléter

Enfant :

Père :

Mère :

AUTORISATIONS AUX SOINS

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

(*) Rayer les mentions non autorisées

AUTORISE(NT) le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant :

- Transfert en pédiatrie
- Transfert aux urgences

DECHARGE(NT) la direction de la structure de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.

AUTORISE(NT) l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.

Les personnes ci-dessus mentionnées devant être prévenues dans les plus brefs délais.

DEMANDE(NT) au personnel de la structure :

- En cas de maladie de mon enfant, d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance.
- En cas de fièvre, d'administrer sous ma responsabilité, les antipyrétiques selon les prescriptions du médecin de la structure ou du médecin traitant.
- D'appliquer de la crème solaire en cas de nécessité
- D'administrer des granules ou crèmes homéopathiques en cas de chutes.

CERTIFIE(NT) n'avoir rajouté aucune substance aux médicaments prescrits à notre enfant pendant toute la durée du contrat d'accueil et que ces médicaments ont été reconstitués selon la notice d'emploi.

A _____, le ____/____/____

mention "Lu et Approuvé"
Signature des parents

AUTORISATION DE FILMER / PHOTOGRAPHER

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

(*) Rayer les mentions non autorisées

AUTORISE(NT) que mon enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par :

- La Structure elle-même (journal interne, ...)
- Le Service Communication de la ville ou de la communauté de communes.
- La Presse
- Le Site Internet, CD-ROM et autres supports informatiques de la structure
- Les Stagiaires dans le cadre de leurs rapports de stage

CERTIFIE(NT) que si je recois/nous recevons les photos ou les films, à ne pas les utiliser à d'autres usages qu'un usage familial.

A _____, le ____/____/____

mention "Lu et Approuvé"
Signature des parents

AUTORISATION DE SORTIE

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

AUTORISE(NT) mon enfant à participer à des sorties organisées par la structure.

A _____, le ____/____/____

mention "Lu et Approuvé"
Signature des parents

AUTORISATION DE TRANSPORT EN COMMUN

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

.....
AUTORISE(NT) mon enfant à prendre un moyen de transport en commun à des fins de sorties pédagogiques.

A _____, le ___/___/_____

mention "Lu et Approuvé"
Signature des parents

CONDITIONS DE DEPART DE L'ENFANT : Personnes Autorisées

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

.....
AUTORISE(NT) les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant à la structure sur présentation de leur pièce d'identité.

Nom et Prénom	Adresse	Téléphone	Lien de Parenté

A _____, le ___/___/_____

mention "Lu et Approuvé"
Signature des parents

REGLEMENT INTERIEUR

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

.....
CERTIFIE(NT) avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et nous nous engageons à respecter toutes les clauses.

A _____, le ___/___/_____

mention "Lu et Approuvé"
Signature des parents