

Association Pour l'Enfance d'Altkirch

Fiche de renseignement ENFANT

| Tiene de l'enseignement Etti Ait i | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| Nom: | | | | |
| Prénom : | | | | |
| Date de naissance : | | | | |
| Sexe : | | | | |
| Nationalité : | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| ■ Scolarité | | | | |
| | | | | |
| Classe : | | | | |
| Etablissement scolaire : | | | | |
| Instituteur: | | | | |
| Repas spéciaux (cocher et compléter) | | | | |
| nepas specialist et completel, | | | | |
| o Sans (normal) | | | | |
| o Sans porc | | | | |
| o PAI | | | | |
| Allergies alimentaires : | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Pour le PAI et les allergies, une attestation médicale signée par un allergologue certifiant l'allergie et son protocole | | | | |
| est indispensable pour sa prise en compte par la structure | | | | |
| | | | | |
| Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'enfant | | | | |

| Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'enfant | | | | |
|---|--------------|-----------|-----------------|--|
| Interdit | Nom - Prénom | Téléphone | Lien de parenté | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |

Autorisations

J'autorise mon enfant à sortir de la structure dans le cadre des accueils de l'APEA :

- o Oui
- o Non

J'autorise mon enfant à rentrer seul

- o Oui
- o Non

Médical Numéro de sécurité sociale (affiliation du parent) : Médecin traitant, nom : Téléphone : Vaccins: DT polio fait le L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ? (cocher les maladies que l'enfant a eues) o Rubéole Varicelle Angines Rhumatismes Scarlatine o Coqueluche Otites Asthme o Rougeole Oreillons Indiquez ici les autres difficultés de santé de l'enfant (maladies, accidents, ports de lunettes, fragilités, hospitalisations, etc): Actuellement, l'enfant suit-il un traitement : o Oui o Non Si oui lequel (préciser le traitement et sa prise) : L'enfant a-t-il d'autres allergies (médicaments, pollen, autres) ? si oui lesquelles ? Avez-vous d'autres remarques ou observations à transmettre à la structure concernant la santé de votre enfant?

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et j'autorise la structure à saisir ces informations.

Fait le : Signature :