

# Fiche individuelle de renseignements 2018



## ENFANT

NOM : ..... PRENOM : .....  
Date de naissance : ..... Sexe : masculin  féminin

Adresse email du jeune : .....  
N° Portable du jeune : .....

## REPOSABLE(S) DE L'ENFANT

NOM..... PRENOM : ..... Qualité  père  mère   
tuteur  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
☎ Domicile : ..... Portable : .....  
Adresse email : .....  
Employeur de la mère : ..... ☎ travail  
mère : ..... Employeur du père ..... ☎  
travail père : .....

Situation familiale célibataire vie maritale mariés séparés divorcés veuf(ve)  
Nombre d'enfants à charge : .....

Régime  Allocataire CAF MSA

N° Allocataire (obligatoire): .....Q.F:.....

### Personnes à joindre en cas d'urgence en dehors des responsables légaux

Nom, prénom, qualité, Tél. : .....  
.....  
Nom, prénom, qualité, Tél. : .....  
.....

### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant si ce n'est pas le responsable légal:

(Nom, prénom).....Tél.: ..... qualité : .....  
.....  
(Nom, prénom).....Tél.: ..... qualité : .....

Médecin traitant : Nom : ..... ☎ : .....

### Numéro de sécurité sociale :

#### Vaccinations

DT Polio Date vaccination :  
Date dernier rappel :

BCG Date du vaccin :  
Date du test tuberculinique :  
test : positif  négatif

Informations médicales importantes nécessitant d'être signalées : Contre indications alimentaires, allergies .....

# Fiche individuelle de renseignements 2018



## ENFANT

NOM : ..... PRENOM : .....  
Date de naissance : ..... Sexe : masculin  féminin

Adresse email du jeune : .....  
N° Portable du jeune : .....

## REPOSABLE(S) DE L'ENFANT

NOM..... PRENOM : ..... Qualité  père  mère   
tuteur  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
☎ Domicile : ..... Portable : .....  
Adresse email : .....  
Employeur de la mère : ..... ☎ travail  
mère : ..... Employeur du père .....  
☎ travail père : .....

Situation familiale célibataire vie maritale mariés séparés divorcés veuf(ve)  
Nombre d'enfants à charge : .....

Régime  Allocataire CAF MSA

N° Allocataire (obligatoire): .....Q.F:.....

### Personnes à joindre en cas d'urgence en dehors des responsables légaux

Nom, prénom, qualité, Tél. : .....  
.....  
Nom, prénom, qualité, Tél. : .....  
.....

### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant si ce n'est pas le responsable légal:

(Nom, prénom).....Tél.: ..... qualité : .....  
.....  
(Nom, prénom).....Tél.: ..... qualité : .....  
.....

Médecin traitant : Nom : ..... ☎ : .....

### Numéro de sécurité sociale :

#### Vaccinations

DT Polio Date vaccination :  
Date dernier rappel :

BCG Date du vaccin :  
Date du test tuberculinique :  
test : positif  négatif

Informations médicales importantes nécessitant d'être signalées : Contre indications alimentaires, allergies .....

