

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

