



Fiche de renseignements familiale

ANNÉE SCOLAIRE 2020-2021

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT :

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT :

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT :

Documents à joindre

impérativement au dossier.

Tout dossier incomplet sera refusé.

- Attestation de quotient familial (CAF ou MSA) ou dernier avis d'imposition sur les revenus
- Attestation d'assurance de responsabilité civile (assurance scolaire/extrascolaire)
- Copie des pages de vaccination du carnet de santé
- Acceptation du règlement intérieur (périscolaire et/ou centre de loisirs)
- Autorisation de reproduction ou de diffusion d'image
- Carte d'identité des personnes autorisées à récupérer votre/vos enfant(s)

AUTRE PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom :

Prénom :

Tel domicile :

Tel portable :

Nom :

Prénom :

Tel domicile :

Tel portable :

RESPONSABLE 1

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tel domicile :

Tel portable :

Tel travail :

Employeur :

Profession :

Mail :

RESPONSABLE 2

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tel domicile :

Tel portable :

Tel travail :

Employeur :

Profession :

Mail :

REGIME

CAF n° :

MSA n° :

AUTRES :

FACTURATION

Responsable 1

Responsable 2

Les deux

ENFANT

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Âge :
École :
Classe et section :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Merci d'entourer la mention, le cas échéant.
Pour la mise en place d'un PAI, merci de prendre contact avec Oriana dès que possible :

- Maladie chronique nécessitant une prise de médicament et/ou une injection régulière, ponctuelle ou en urgence
- Handicap moteur, visuel, auditif ou autre ou maladie invalidante
- Allergie - intolérance
- Dyslexie - dysorthographe - dypraxie - dysphasie - autre dys -TDAH
- Autres

ENFANT

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Âge :
École :
Classe et section :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Merci d'entourer la mention, le cas échéant.
Pour la mise en place d'un PAI, merci de prendre contact avec Oriana dès que possible :

- Maladie chronique nécessitant une prise de médicament et/ou une injection régulière, ponctuelle ou en urgence
- Handicap moteur, visuel, auditif ou autre ou maladie invalidante
- Allergie - intolérance
- Dyslexie - dysorthographe - dypraxie - dysphasie - autre dys -TDAH
- Autres

ENFANT

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Âge :
École :
Classe et section :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Merci d'entourer la mention, le cas échéant.
Pour la mise en place d'un PAI, merci de prendre contact avec Oriana dès que possible :

- Maladie chronique nécessitant une prise de médicament et/ou une injection régulière, ponctuelle ou en urgence
- Handicap moteur, visuel, auditif ou autre ou maladie invalidante
- Allergie - intolérance
- Dyslexie - dysorthographe - dypraxie - dysphasie - autre dys -TDAH
- Autres

PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) A RÉCUPÉRER VOTRE OU VOS ENFANT(S)

PERSONNE 1

Nom : Tel :
Prénom : Lien familial :

PERSONNE 2

Nom : Tel :
Prénom : Lien familial :

PERSONNE 3

Nom : Tel :
Prénom : Lien familial :

PERSONNE 4

Nom : Tel :
Prénom : Lien familial :

MÉDECIN DE FAMILLE

Nom :
Tel :
Adresse :

AUTORISATION DE SOINS :

Je soussigné(e) M. - Mme
Déclare avoir pris connaissance qu'en cas d'urgence, il sera fait appel au 15 et que le médecin régulateur des urgences décidera des mesures les plus appropriées à l'état de mon enfant. Je m'engage à venir le chercher à sa sortie de l'hôpital.

Date : Signature :