

NOM DE FAMILLE.....

NOM DU RESPONSABLE DE L'ENFANT / MR - MME.....

Mr.....

Mme.....

Adresse.....

.....

Régime CAF – MSA N°allocataire.....

QF :.....

Numéro de téléphone domicile.....

Numéro portable père.....

Numéro portable mère.....

Adresse mail.....

Profession du père.....

Employeur.....

Téléphone travail.....

Profession de la mère.....

Employeur.....

Téléphone travail.....

Personne (s) autorisées à venir chercher le ou les enfants autres que les parents

1-.....Tél :.....

2-.....Tél :.....

**Nom et prénom des enfants**

1.....né(e) le.....

2.....né(e) le.....

3.....né(e) le.....

4.....né(e) le.....

**Autorisations :**

- Appliquer de la crème solaire oui - non
- Autorisation consultation « Mon compte partenaire »  
CDAP(consultation des données allocataires par le partenaire) oui - non
- Autorisation hospitalisation d'urgence oui - non
- Autorisation de baignade oui - non
- Autorisation de filmer, photographe oui – non
- Autorisation de rentrer seul oui - non
- Autorisation de sortie oui - non
- Autorisation de transport oui - non
- Autorisation diffusion image, presse , internet oui - non
- Autorisation diffusion image rapport stagiaire oui – non

**Médecin traitant** : .....

**Allergies** : Protocole d'accueil personnalisé oui - non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

**Observations particulières**

**Merci de joindre une copie du carnet de santé à la page des vaccins**

**Nous vous rappelons que nous ne sommes pas habilités à administrer des médicaments aux enfants même avec une ordonnance**

**Signature des parents :**



# DOSSIER FAMILIAL À COMPLÉTER

(Mise à jour des dossier)

