



DOSSIER ENFANT

Année 2020/2021

(Merci de remplir un dossier par enfant)

PHOTO

(Merci de coller
la photo de
votre enfant)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ Age : _____

Nom de l'école fréquentée à la rentrée: _____

Noyant La Gravoillère / 3 CS / Hors 3CS (Rayer les mentions inutiles)

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom /Prénom : _____ N° de tel : _____

Nom /Prénom : _____ N° de tel : _____

MEDECIN TRAITANT

Nom /Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Commune : _____

N° de tel : _____

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

1° Nom Prénom : _____ statut : _____

2° Nom Prénom : _____ statut : _____

3° Nom Prénom : _____ statut : _____

4° Nom Prénom : _____ statut : _____

5° Nom Prénom : _____ statut : _____

Seuls les enfants en âge d'aller au collège peuvent venir chercher les enfants à ALE.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REPRESENTANTS LEGAUX

Nom/Prénom du représentant légal :

N° de sécurité sociale (sous lequel l'enfant est inscrit) :

N° Allocataire (sous lequel l'enfant est inscrit) :

VACCINATIONS

Merci de fournir une copie des vaccinations de votre enfant ou à défaut une attestation de votre médecin.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Votre enfant suit-il un traitement médical ?

NON

OUI Si oui, merci de fournir une ordonnance de moins de 1 mois. Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance.

ALLERGIES

Votre enfant a-t-il des allergies ?

ASTHME

MEDICAMENTEUSE

ALIMENTAIRE

AUTRES

Précisez la cause de l'allergie et les conduites à tenir :

Merci de fournir les documents en fonction de l'allergie notée les **attestations** correspondantes (médecin traitant, copie de P.A.I. ou « feuille Restéco » pour la cuisine)

DROIT A L'IMAGE

Autorisez-vous le FLEP à filmer, à photographier et effectuer des prises de voix de votre enfant dans le cadre des projets d'animations du FLEP et à les diffuser dans le cadre de la communication du FLEP, site internet, page FACEBOOK du FLEP (via un hébergeur vidéo).

OUI

NON

Selon la loi « informatique et liberté », vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations recueillies sur informatique, qui vous concernent.

Je soussigné(e) _____ responsable légal (nom/prénom) de l'enfant

_____ (nom/prénom) déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant toutes mesures (traitements médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature du responsable légal, suivi de lu et approuvé, et daté.