

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

(Nous vous rappelons que ces informations resteront confidentielles)

LES GRAINES DE SOLEIL

Jardin d'enfants / Centre d'Eveil Tel : 50 05 04 ou 76 28 65

»» L'ENFANT

Nom de l'enfant:

Prénom de l'enfant :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

Langue(s) parlée(s) à la maison :

Age lors de la rentrée de l'enfant : an(s) mois

INSCRIPTION

Votre enfant commence le:

Adaptation :

Temps complet :

Montant :

>> LES PARENTS / TUTEURS DE L'ENFANTS (cocher la personne à contacter en cas d'urgence)

PERE/TUTEUR

Nom :

Prénom :

Adresse :

☎ Domicile : **Portable :**.....

Profession :

Employeur / société :

☎ Travail :

E-mail :

MERE/TUTRICE

Nom :

Prénom :

Adresse :

☎ Domicile : **Portable :**.....

Profession :

Employeur/société :

☎ Travail :

E-mail :

Rythme de garde si parents séparés :

.....

➤➤ LA FAMILLE

Frères et sœurs de l'enfant:

Nom, Prénom :
né le / /

Nom, Prénom :
né le / /

Nom, Prénom :
né le / /

Position dans la fratrie :

Y-a-t-il eu un évènement majeur dans votre famille qui pourrait affecter votre enfant :

Oui / Non (entourer la bonne réponse)

Naissance :
.....

Hospitalisation :
.....

Séparation :
.....

Autres:
.....

➤➤ AUTRES CONTACTS EN CAS D'URGENCE

(Nommez les personnes à contacter en cas d'urgence si les parents restent
injoignables)

1. Nom et prénom :.....

Adresse :
.....

☎ Domicile : Portable :

Lien avec l'enfant :.....

2. Nom et prénom :.....

Adresse :
.....

☎ Domicile : Portable :

Lien avec l'enfant :.....

➤➤ DEPART DE L'ENFANT :

Nommez les personnes en dehors des parents et / ou tuteurs de l'enfant, autorisées à récupérer l'enfant.

1. Nom et prénom :.....

Adresse :
.....

☎ Domicile : Portable :

Lien avec l'enfant :.....

2. Nom et prénom :.....

Adresse :

☎ Domicile :Portable :

Lien avec l'enfant :.....

3. Nom et prénom :.....

Adresse :

☎ Domicile :Portable :

Lien avec l'enfant :.....

»» INFORMATIONS MEDICALES

Nom du médecin traitant :

☎ :

Observations médicales :

Groupe sanguin :

En cas d'urgence, si nous ne pouvons pas vous contacter, votre enfant devra t-il être conduit :

Hôpital ou clinique:.....

>> HISTORIQUE MEDICAL (entourer la bonne réponse)

Veuillez fournir un certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité datant de moins de 3 mois avant la rentrée de votre enfant.

Votre enfant a-t-il déjà attrapé la :

Varicelle oui / non Oreillons oui / non Rougeole oui / non

Y-a-t-il d'autres particularités médicales dont nous devons être informées :

Opérations :

Allergies :

Accidents :

Votre enfant est-il :

Epileptique oui / non Diabétique oui / non Asthmatique oui / non

Instructions du médecin en cas de crise :

.....
.....

Votre enfant a-t-il déjà pris du Doliprane / ou de l'Advil depuis sa naissance ? : **oui / non**

Votre enfant est-il allergique au Doliprane/Advil : **oui / non**

Poids de votre enfant :

à la date du :

Malgré toute l'attention portée à votre enfant au sein de l'établissement, votre enfant ne passera pas au travers de petits 'bobos' survenant au cours de sa journée (bosses, griffures, morsures, foulures...). Dans le cas d'accident important ou de maladie nécessitant une intervention médicale d'urgence, tous les efforts seront faits pour contacter les parents / tuteurs avant toute intervention.

Quoiqu'il en soit, si vous restez injoignable, il nous faut votre autorisation d'intervention d'urgence :

J'autorise le personnel des Graines de soleil à :

-administrer du Doliprane à mon enfant : **oui / non**

J'autorise le personnel des Graines de soleil à :

-en cas d'urgence médicalement justifiée, contacter les secours et autoriser ceux-ci à organiser tout examen, investigation et intervention, y compris l'anesthésie générale : **oui / non**

Date et signature (*à faire précéder de la mention « lu et approuvé»*) / /

AUTORISATION DE SORTIES PEDAGOGIQUES

Je soussigné(e) père / mère de l'enfant.....
autorise sa participation à des sorties pédagogiques organisées et
encadrées par des adultes responsables.

Les sorties ont lieu à partir du jardin d'enfants uniquement. Les parents sont automatiquement informé.

Date et signature (*à faire précéder de la mention «lu et approuvé »*)

..... / /

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) père / mère de l'enfant.....

- autorise** mon enfant à apparaître sur des photos individuelles ou de groupe qui seront affichées au sein du jardin d'enfants et / ou mises sur la DROPBOX des Graines de soleil.
- n'autorise pas** mon enfant à apparaître sur des photos individuelles ou de groupe qui seront affichées au sein du jardin d'enfants et / ou mises sur la DROPBOX des Graines de soleil.

Date et signature (*à faire précéder de la mention «lu et approuvé »*)

..... / /

