

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)

Veillez 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 »)

..... //.....

