

FICHE DE RENSEIGNEMENTS COMMUNE DE LA VERRIERE

SERVICE MINIMUM D'ACCUEIL

ENFANT

NOM DE L'ENFANT :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

REPRESENTANT LEGAL

NOM ET PRENOM :

LIEN DE PARENTE AVEC L'ENFANT :

ADRESSE :

TELEPHONE 1 :

TELEPHONE 2 :

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI ?

OUI NON

Si Oui, de quelle nature est-il ?

Merci de nous fournir le PAI ainsi que les prescriptions

PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE EN CHARGE L'ENFANT

1 NOM ET PRENOM :

LIEN DE PARENTE AVEC L'ENFANT :

ADRESSE :

TELEPHONE 1 :

TELEPHONE 2 :

2 NOM ET PRENOM :

LIEN DE PARENTE AVEC L'ENFANT :

ADRESSE :

TELEPHONE 1 :

TELEPHONE 2 :

J'autorise le responsable du centre à prendre des décisions et/ou à donner tous les soins médicaux rendus nécessaire par son état de santé, après consultation d'un praticien. OUI NON

Je certifie exacts tous les renseignements inscrits sur cette fiche.

Fait à La Verrière, le

Signature du représentant légal