**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