

PHOTO

**FICHE D'IDENTIFICATION**

**ENFANT**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date et Lieu de Naissance \_\_\_\_\_

Nom de l'école \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

**Régime allocataire de l'enfant :**

CAF  MSA  Autres régimes  (à préciser)

CAF OU MSA Numéro d'immatriculation \_\_\_\_\_

**Adresse mail des parents :**

**PERE OU TUTEUR**

Nom Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

 Domicile  Portable  travail


Profession \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'employeur \_\_\_\_\_

**MERE OU TUTRICE**

Nom Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

 Domicile  Portable  travail

Profession \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'employeur \_\_\_\_\_

**AUTRE PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

Nom -Prénom -qualité – adresse – n° de téléphone

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e)

---

Père  Mère  Tuteur

Autorise mon enfant (nom prénom)

né (e) le

---

⇒ à utiliser un moyen de transport sous la surveillance du personnel

Oui  Non

⇒ à participer à des activités extérieurs sous la surveillance du personnel

Oui  Non

⇒ à venir seul au Centre Social

Oui  Non

⇒ à rentrer seul dans le cadre des horaires fixés

Oui  Non

---

## AUTORISATION PHOTO

Dans le cadre d'informations, plaquettes, expositions (et uniquement dans ce cadre) le centre social peut être amené à utiliser la photo de mon enfant :

J'autorise donc le centre social à utiliser la photo de mon enfant

Je n'autorise pas le centre social à utiliser la photo de mon enfant

---

## AUTRES PERSONNES AVEC QUI MON ENFANT POURRA REPARTIR :

Nom - prénom – qualité – adresse – n° de téléphone

---

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette feuille et certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Fait à  
Signature

le



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....  
.....  
.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....