

NOM DE FAMILLE.....
NOM DU RESPONSABLE DE L'ENFANT / MR - MME.....
Mr.....
Mme.....
Adresse.....
.....
Régime CAF – MSA N°allocataire.....
QF :.....
Date de consultation :
Numéro de téléphone domicile.....
Numéro portable père.....
Numéro portable mère.....
Adresse mail.....
.....
Profession du père.....
Employeur.....
Téléphone travail.....
Profession de la mère.....
Employeur.....
Téléphone travail.....

Personne (s) autorisées à venir chercher le ou les enfants autres que les parents

1-.....Tél :.....
2-.....Tél :.....

Nom et prénom des enfants

1.....né(e) le.....
2.....né(e) le.....
3.....né(e) le.....
4.....né(e) le.....

Autorisations :

- Appliquer de la crème solaire oui - non
- Autorisation consultation « Mon compte partenaire »
CDAP(consultation des données allocataires par le partenaire) oui - non
- Autorisation hospitalisation d'urgence oui - non
- Autorisation de baignade oui - non
- Autorisation de filmer, photographe oui – non
- Autorisation de rentrer seul oui - non
- Autorisation de sortie oui - non
- Autorisation de transport oui - non
- Autorisation diffusion image, presse , internet oui - non
- Autorisation diffusion image rapport stagiaire oui – non

Médecin traitant :

Allergies : Protocole d'accueil personnalisé oui - non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

Etablissement scolaire :



**L'Île
d'Olonne**

LE GOÛT DU SEL DE LA VIE

Observations particulières

DOSSIER FAMILIAL À COMPLÉTER

(Mise à jour des dossier)

Merci de joindre une copie du carnet de santé à la page des vaccins

Nous vous rappelons que nous ne sommes pas habilités à administrer des médicaments aux enfants même avec une ordonnance

Signature des parents :

