



per tutti, per a vita, in ogni locu

Association ADMR – I Ghjuvannali- Carbini

FICHE D'IDENTIFICATION

DATE :

Enfant :

NOM :

PRENOM :

Né le :

A :

Ecolede

Classe :

Taille :

Adresse de résidence de l'enfant :

.....
.....

Le Père :

La Mère :

NOM :

NOM :

Prénom :

Prénom :

Profession :

Profession :

Tél. Professionnel :

Tél. Professionnel :

Tél. Domicile :

Tél. Domicile :

Portable :

Portable :

Adresse :

Adresse :

.....

.....

Situation de famille :

.....

Responsable légal de l'enfant :

.....

Les deux parents sont-ils autorisés à prendre en charge l'enfant ? OUI NON

Nombre d'enfants scolarisés à.....:



per tutti, per a vita, in ogni locu

NOM ENFANTS	PRENOM ENFANTS	DATE DE NAISSANCE	CLASSE

PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE EN CHARGE LE OU LES ENFANTS EN FIN DE JOURNEE

En dehors des parents, nous demandons aux tiers autorisés à récupérer les enfants, de nous présenter leur pièce d'identité

En cas de modification de cette liste, nous vous demandons de nous en tenir informés immédiatement

NOM	PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE	LIEN avec l'enfant (parents, amis des parents, voisins,..)



per tutti, per a vita, in ogni locu

FICHE SANITAIRE

N° ☎ DES PARENTS :

- ☛ travail madame :
- ☛ mobile madame :
- ☛ travail monsieur :
- ☛ mobile monsieur :

En cas de problème, le salarié s'engage à prévenir les parents et à défaut :

Nom : Tél :

Nom du médecin qui suit régulièrement les enfants :

L'enfant a-t-il un traitement particulier ? OUI NON

Si oui, lequel ?

L'enfant est-il allergique à certaines substances ? OUI NON

Si oui, lesquelles ?

Vaccinations obligatoires : (cf copies obligatoires)

DTP : année :

Recommandées :

- BCG chez les enfants à risque (à discuter avec le médecin traitant de l'enfant)

Année :

- ROR (rougeole, oreillons, rubéole)

Année :

- Vaccins contre la coqueluche :

Année :

- Autres :

Année :

Autorisation d'intervention en cas d'urgence médicale : document à remplir et à signer par la famille (ci-joint)



AUTORISATION D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE MEDICALE

Madame, Monsieur autorisent (1)
N'autorisent pas (1)

L'équipe du centre hospitalier de
.....

A pratiquer tous soins urgents, y compris une intervention chirurgicale sur l'enfant :

Nom : Prénom :.....

Nom : Prénom :.....

Nom : Prénom :.....

Nom : Prénom :.....

Confié(s) à l'Accueil Collectif de Mineurs A Ghjira:.....

(1) rayer la mention inutile

à..... le

Signature des parents :