

Commune de Combourg  
Rue de la Mairie  
BP 42

35270 COMBOURG  
Tel : 02.99.73.00.18 Fax : 02.99.73.29.66  
mairie@combours.com

## Fiche Enfant

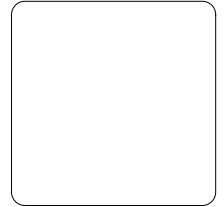
### Enfant

Age : \_\_\_\_\_ Age

Sexe :

Né(e) le \_\_/\_\_/\_\_\_\_ à

Classe :



### Famille (coordonnées pour la correspondance et la facturation)

Nom Famille...

Téléphone 1 :

Adresse : \_\_\_\_\_ Rue

E-mail :

Régime :

Zone :

N° Allocataire

Situation familiale :

### Fiche Père :

Nom Père...

Adresse :

Téléphone 1 :

Mobile :

Tél. Pro. :

Autorité Parentale **Oui**

### Fiche Mère :

Nom Mère...

Adresse :

Téléphone 1 :

Mobile :

Tél. Pro. :

Autorité Parentale **Oui**

### Inscriptions

Garderie du matin  Garderie du soir  Temps d'Activités Péri-Educatives  Transport scolaire

Médecin	Spécialité	Adresse	Téléphone	Ville

Vaccins	Allergies connues	Antécédents Médicaux

### Personnes à Contacter en Cas d'Urgence

Nom/Prénom	Adresse	Téléphone	Téléphone 2	Lien de famille

## Fiche des autorisations

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

(\*) **Rayer les mentions non autorisées**

Nom Père... Nom Mère...

AUTORISE(NT) le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant :

- Transfert en pédiatrie
- Transfert aux urgences

DECHARGE(NT) la direction de la structure de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.

AUTORISE(NT) l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.

Les personnes ci-dessus mentionnées devant être prévenues dans les plus brefs délais.

DEMANDE(NT) au personnel de la structure :

- En cas de maladie de mon enfant, d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance.
- En cas de fièvre , d'administrer sous ma responsabilité, les antipyrétiques selon les prescriptions du médecin de la structure ou du médecin traitant.
- D'appliquer de la crème solaire en cas de nécessité
- D'administrer des granules ou crèmes homéopathiques en cas de chutes.

CERTIFIE(NT) n'avoir rajouté aucune substance aux médicaments prescrits à notre enfant pendant toute la durée du contrat d'accueil et que ces médicaments ont été reconstitués selon la notice d'emploi.

AUTORISE(NT) que mon enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par :

- La Structure elle-même (journal interne, ...)
- Le Service Communication de la ville ou de la communauté de communes.
- La Presse
- Le Site Internet, CD-ROM et autres supports informatiques de la structure
- Les Stagiaires dans le cadre de leurs rapports de stage

CERTIFIE(NT) que si je recois/nous recevons les photos ou les films, à ne pas les utiliser à d'autres usages qu'un usage familial.

AUTORISE(NT) mon enfant à participer à des sorties organisées par la structure.

AUTORISE(NT) mon enfant à prendre un moyen de transport en commun à des fins de sorties pédagogique.

AUTORISE(NT) la direction à consulter notre dossier allocation CAFPRO, afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des participations des ressources financières.

## Personnes Autorisées à Venir Chercher l'Enfant

Nom/Prénom	Adresse	Téléphone	Téléphone 2	Lien de famille

CERTIFIE(NT) avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et nous nous engageons à respecter toutes les clauses.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

mention "Lu et Approuvé"  
Signature des parents