



FICHE FAMILLE

Responsable

Nom : Prénom :

Qualité* : Père / Mère / Beau-père / Belle-mère

Situation familiale* : Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

Adresse :

Code Postal : Ville : Téléphone fixe :

Téléphone portable : Téléphone professionnel :

Email :

Profession : Employeur :

Adresse de l'employeur :

Organisme tiers N° CAF : N° MSA :

Autorisations Autorise les informations par mail de l'ARPEJ-Rezé* : Oui / Non

Conjoint

Nom : Prénom :

Qualité* : Père / Mère / Beau-père / Belle-mère

Situation familiale* : Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

Adresse :

Code Postal : Ville : Téléphone fixe :

Téléphone portable : Téléphone professionnel :

Email :

Profession : Employeur :

Adresse de l'employeur :

Autorisations Autorise les informations par mail de l'ARPEJ-Rezé* : Oui / Non



FICHE ENFANT

Nom : Prénom :

Sexe* : Garçon / Fille Date de naissance: / / Lieu de naissance :

Ecole fréquentée : Classe :

Informations médicales

Nom du médecin traitant : Numéro de téléphone :

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) : Oui / Non *(Si oui, merci de fournir la copie du document)*

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Prénom	Nom	Qualité	Téléphone fixe	Téléphone mobile

Informations complémentaires

Autorise à partir seul(e)	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Autorise l'hospitalisation d'urgence	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Port de lunettes	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Port d'un appareil dentaire	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Port d'un appareil auditif	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Handicap	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
-> Si handicap, y a-t-il besoin d'un accompagnement ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Autorise la prise de photo pour la communication de l'ARPEJ-Rezé et de la Ville de Rezé	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Pratiques alimentaires

Type de régime	Commentaires

Date et signature