



# DOSSIER FAMILLE UNIQUE

Fiche « Enfant »

Année 2018

(Page « Enfant » 1 / 2)

Cadre réservé à l'administration

Famille n° : \_\_\_\_\_

Enfant n° : \_\_\_\_\_

Dossier enregistré

Représentant Légal de la Famille	Enfant
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
	Date de naissance : ..... / ..... / .....
	Sexe : <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon

Contact(s)
<p><b>1</b> Nom : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Lien avec l'enfant : .....</p> <p>① Personnel Fixe : .....      ① Personnel Portable : .....</p> <p>Cochez la ou les cases suivantes si vous autorisez le contact à :</p> <p><input type="checkbox"/> Venir chercher l'enfant      <input type="checkbox"/> Etre prévenu en cas d'urgence</p>
<p><b>2</b> Nom : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Lien avec l'enfant : .....</p> <p>① Personnel Fixe : .....      ① Personnel Portable : .....</p> <p>Cochez la ou les cases suivantes si vous autorisez le contact à :</p> <p><input type="checkbox"/> Venir chercher l'enfant      <input type="checkbox"/> Etre prévenu en cas d'urgence</p>
<p><b>3</b> Nom : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Lien avec l'enfant : .....</p> <p>① Personnel Fixe : .....      ① Personnel Portable : .....</p> <p>Cochez la ou les cases suivantes si vous autorisez le contact à :</p> <p><input type="checkbox"/> Venir chercher l'enfant      <input type="checkbox"/> Etre prévenu en cas d'urgence</p>

Tournez la page SVP →



# DOSSIER FAMILLE UNIQUE

Fiche « **Enfant** »  
**Année 2018**  
(Page « **Enfant** » 2 / 2)


## Renseignements Médicaux

Médecin traitant : ..... ① Professionnel : .....

Lieu de préférence pour l'hospitalisation : .....

Décrire les éventuelles pathologies (allergie(s), affection(s), contre-indication(s) médicale(s), ...) :

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

 **Dans ce cas, il peut être nécessaire de faire établir un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) (Voir la fiche santé)**

## Recommandations Utiles des Parents

Préciser toute autre information utile (port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, ...) :

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