

Fiche d'informations personnelles

Afin de garantir une prise en charge adéquate et sécurisée de votre enfant, veuillez nous donner les informations suivantes (ces informations restent confidentielles).

Informations liées à l'enfant

Prénom et nom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Langue maternelle/autre
langue parlée : _____

Frères et sœurs (prénoms et
dates de naissance) : _____

Allergies : _____

Maladies : _____

Médicaments et posologie (à
prendre pendant le groupe de
jeux) : _____

Régime alimentaire particulier : _____

Propreté : Mon enfant est propre
 Mon enfant porte des langes

Peurs particulières : _____

Informations liées à la maman de l'enfant

Prénom et nom : _____

Adresse (si différente de celle
de l'enfant) : _____

Profession : _____

Langue parlée : _____

Téléphone _____

(domicile/portable) : _____

Téléphone professionnel : _____

Adresse e-mail : _____

Informations liées au papa de l'enfant

Prénom et nom : _____

Adresse (si différente de celle
de l'enfant) : _____

Profession : _____

Langue parlée : _____

Téléphone _____

(domicile/portable) : _____

Téléphone professionnel : _____

Adresse e-mail : _____

Autres personnes responsables

Qui contacter en cas d'absence des parents ? Prénoms, noms et numéros de téléphone et lien (grand-parent, voisin, ami...)

1. _____

2. _____

Qui est autorisé à venir chercher votre enfant ? Prénoms, noms, numéros de téléphone et lien (grand-parent, voisin, ami...)

1. _____

2. _____

Soin des petits bobos

Nous emporterons toujours avec nous une petite pharmacie pour soigner les éventuels petits bobos.

Merci de nous indiquer ce que vous acceptez que nous utilisions pour soigner votre enfant.

- | | | |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Spray anti-tiques | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| Globules d'arnica homéo | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| Pommade à l'arnica | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| Spray désinfectant Merfen | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| Sparadraps | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| Gel Fenistil | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |

Photos

J'accepte que mon enfant soit pris en photo dans le cadre du groupe de jeu, pour une utilisation interne (bricolage pour les parents, souvenirs pour les enfants du groupe etc...) OUI NON

J'accepte que mon enfant soit pris en photo et que celles-ci soient éventuellement publiées (sur la page facebook, sur le site internet, pour un article dans le journal etc.) OUI NON

Remarques : _____

- Je m'engage à communiquer aux responsables du groupe de jeux, les éventuels changements dans ces informations.

Lieu et date : _____

Signature d'un/e représentant/e légal/e : _____
