

## FICHE SANITAIRE ET D'INSCRIPTION

### L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Garçon Fille

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

### RENSEIGNEMENTS PÈRE OU MÈRE

#### Nom et Prénom

\_\_\_\_\_

adresse (si différente)  
\_\_\_\_\_

**Numéro RPPS. Carte professionnelle :** \_\_\_\_\_

N° de téléphone domicile : \_\_\_\_\_

N° de téléphone portable : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

### AUTRE PARENT À CONTACTER SI BESOIN

adresse (si différente) :  
\_\_\_\_\_

N° de téléphone domicile : \_\_\_\_\_

N° de téléphone portable : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

### PERSONNE AUTORISÉE À RECUPERER L'ENFANT :

Nom, prénom, lien de parenté :  
\_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ?      Oui      Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marqués au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée du médecin

Allergies (difficultés de santé : maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération.....)

Préciser les précautions à prendre et la conduite à tenir :

Asthmes

---

Autres

---

Recommandation des parents : (prothèses, lunettes,....) :

---

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_, mère, père, tuteur de  
l'enfant : \_\_\_\_\_

déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement de l'accueil en garderie

Autorise le directeur de la structure à agir en mon nom et à faire pratiquer sur mon enfant, les interventions chirurgicales d'urgence sur avis du médecin consulté .

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à Marseille, le \_\_\_\_\_

Signature  
(suivi de la mention « lu et approuvé » )