



Commune de
Villorsonnens

Information pour la prise en charge à l'accueil extrascolaire de Villorsonnens

Pour l'enfant (Nom, Prénom) _____ ,

Né(e) le _____ ,

habitant (adresse complète) _____

Langue maternelle : _____

Frère(s) et sœur(s) (avec leur année de naissance) :

Assurance RC : _____

Représentants légaux :

Nom : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Téléphone : _____

Portable : _____

Portable : _____

E-mail : _____

E-mail : _____

Lien avec l'enfant : _____

Lien avec l'enfant : _____

Adresse de facturation : _____

Etat de santé :

Nom et adresse du médecin traitant : _____

Assurance maladie et numéro d'assuré : _____

Assurance accident et numéro d'assuré : _____

Votre enfant est-il suivi pour ses vaccins ? Oui Non

Votre enfant a-t'il un état de santé particulier ? Oui Non

Si oui, merci d'indiquer lequel : _____

Etat de santé (suite):

Votre enfant a-t'il des allergies ? Oui Non

Si oui, merci d'indiquer lesquelles : _____

Votre enfant suit-il un régime ? Oui Non

Si oui, merci d'indiquer lequel : _____

Votre enfant doit-il prendre régulièrement un médicament sous prescription médicale ?

Oui Non

Si oui, merci d'indiquer lequel et sous quelle posologie : _____

MERCI DE PRENDRE NOTE QUE LES ACCUEILLANTS N'ONT PAS L'AUTORISATION DE DONNER D'AUTRES MÉDICAMENTS QUE CEUX SOUS PRESCRIPTION ET POUR UN TRAITEMENT RECONNU PAR UN MEDECIN.

Droit de reprise

Merci d'indiquer ci-après l'ensemble des personnes qui seront autorisées à venir chercher l'enfant à l'accueil (parents, grands-parents, maman de jour, amis, etc.). Votre enfant ne quittera PAS l'accueil si la personne n'est pas dans la liste ci-après. Merci d'indiquer nom, prénom, lien à l'enfant, adresse et numéro de portable.

Personnes à contacter en cas d'urgence Indiquer nom, prénom, lien à l'enfant, et numéro de portable.

EN CAS D'URGENCE MÉDICALE DURANT LES HEURES DE L'ACCUEIL, LES PARENTS SERONT APPELÉS EN PREMIER LIEU, SI NÉCESSAIRE, IL SERA FAIT APPEL À UN MÉDECIN OU À UNE AMBULANCE, CELLE-CI AUX FRAIS DES PARENTS.

Autres remarques :

Date/Lieu : _____

Signature des représentants légaux : _____