



182, rue de la Délivrante  
14000 CAEN

☎ : 02 31 43 78 82 ou 07 81 26 48 87

✉ : creche.frimousse@gmail.com

## Fiche de renseignements

### Renseignements concernant l'enfant :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance (ou prévisionnelle d'accouchement) | \_ | \_ | / | \_ | \_ | / | \_ | \_ | \_ | \_ |

Age : | \_ | \_ |

Date prévisionnelle d'entrée dans la structure : | \_ | \_ | / | \_ | \_ | / | \_ | \_ | \_ | \_ |

Nombre de frères et sœurs : | \_ | \_ |

Votre enfant est-il porteur d'un handicap ?  non  oui \*

Type d'accueil\*\* :  régulier  occasionnel  urgence

\* merci de fournir un justificatif (carte MDPH, attestation de dépôt de dossier de reconnaissance de handicap si demande en cours)

\*\*Une fiche d'expression des besoins est à remplir suivant le type d'accueil demandé

### Renseignements concernant sa famille :

#### Responsable légal N°1

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : | \_ | \_ | | \_ | \_ | | \_ | \_ | | \_ | \_ | | \_ | \_ |

E-mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_

Adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_

Code postal : | \_ | \_ | | \_ | \_ | Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone du travail (fixe) : | \_ | \_ | | \_ | \_ | | \_ | \_ | | \_ | \_ | | \_ | \_ |

#### Responsable légal N°2

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : | \_ | \_ | | \_ | \_ | | \_ | \_ | | \_ | \_ | | \_ | \_ |

E-mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_

Adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_

Code postal : | \_ | \_ | | \_ | \_ | Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone du travail (fixe) : | \_ | \_ | | \_ | \_ | | \_ | \_ | | \_ | \_ | | \_ | \_ |

Adresse du domicile familial : \_\_\_\_\_

Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_| Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone du domicile (fixe) : |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_|

Situation familiale :

Mariés     Pacsés     Concubins     Veuf(ve)     Célibataire     Divorcés

Régime :

Allocataire CAF

Si oui, numéro d'allocataire CAF : |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_|

Régime spécial (EDF-GDF, SNCF, MUT, agricole)

Sans régime

*Renseignements Sanitaires de l'enfant:*

Poids : |\_|\_| | |\_|\_| kg en date du |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|

Numéro d'assuré social de l'enfant : |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_|

Vaccinations\* :

- DT-Polio
- Anticoquelucheux
- ROR
- Prévenar
- BCG
- Autre, précisez \_\_\_\_\_

\*joindre obligatoirement une copie du carnet de santé

Médecin traitant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

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

Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_| Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_|

Antécédents médicaux :

Allergie(s)     Asthme     Eczéma     Régime alimentaire particulier

Si coché, précisez : \_\_\_\_\_

Autres antécédents médicaux pertinents: \_\_\_\_\_

## Soins d'urgence et administration d'un antipyrétique

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable de l'enfant \_\_\_\_\_

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

J'autorise la responsable de la crèche à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Personnes à prévenir en cas d'urgence (en dehors des parents) :

N°1 :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : |\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

N°2 :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : |\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

J'autorise le personnel de la crèche à administrer du «Doliprane» à mon enfant, selon l'ordonnance actualisée à son poids, si sa température dépasse 38.5 °C.

Caen le, |\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||

Signature du ou des responsable(s) légal(aux):