



Chemin du 1^{er} aout 5
1212 Grand Lancy
022.880.15.05
la.licorne.sarl@outlook.com

Fiche d'information :

ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : Nationalité :

Assurance maladie :

N° d'assuré :

Assurance RC :

Pédiatre :

Date du camp :

Fréquentation :

DIVERS/PARTICULARITE :

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



Chemin du 1^{er} aout 5
1212 Grand Lancy
022.880.15.05
la.licorne.sarl@outlook.com

PARENTS

PÈRE

MÈRE

Nom : Nom :

Prénom : Prénom :

Date de naissance : Date de naissance :

Adresse : Adresse :

Localité : Localité :

Tél privé : Tél privé :

Natel : Natel :

Profession : Profession :

Employeur : Employeur :

Taux d'activité : Taux d'activité :

Tél prof : Tél prof :

Etat civil : Etat civil :

E-mail E-mail

Détenteur de l'autorité parentale :

Père et mère Mère Père



Chemin du 1^{er} aout 5
1212 Grand Lancy
022.880.15.05
la.licorne.sarl@outlook.com

ACQUISITION DE LA PROPRETÉ :

Va seul au WC :

A besoin de couche :

Remarques :
.....
.....

HABITUDES ALIMENTAIRES :

Alimentation solide :
.....

Intolérances / Allergies (fournir dossier d'allergies) :
.....
.....

SANTÉ

Maladies infantiles :
.....

Allergies :

Maladies héréditaires ou chroniques :
.....



Chemin du 1^{er} aout 5
1212 Grand Lancy
022.880.15.05
la.licorne.sarl@outlook.com

Médicaments réguliers à donner :

.....

REMARQUES ET OBSERVATIONS

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

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Personne 1 :

Nom : Prénom :

Adresse : NPA ; Localité :

Téléphone : Lien de parenté :

Personne 2 :

Nom : Prénom :

Adresse : NPA ; Localité :

Téléphone : Lien de parenté :

Personne 3 :

Nom : Prénom :

Adresse : NPA ; Localité :

Téléphone : Lien de parenté :



Chemin du 1^{er} aout 5
1212 Grand Lancy
022.880.15.05
la.licorne.sarl@outlook.com

AUTORISATIONS :

En tant que représentant légal, j'autorise le personnel à :

Donner à mon enfant, et ce, uniquement si il a une température de 38.5°C ou plus :

- Un suppositoire ou en sirop Ben-u-ron 125mg ou 250mg OUI / NON
- Un suppositoire en sirop ou un sachet effervescent Dafalgan 150mg OUI / NON

En cas de choc, blessure ou hématome, administrer à mon enfant :

- Des pastilles d'Arnica OUI / NON
- Gel d'Arnica OUI / NON

Prendre des photos / films de mon enfant :

- Photographies lors d'activités OUI / NON
- Films lors d'activités OUI / NON

Les films et photos sont destinés aux parents ou pour nous dans un cadre pédagogique.

Transporter mon enfant :

- A prendre les transports publics dans le cadre d'une sortie.
- A prendre le car en cas de sortie organiser.
- sortir en dehors du centre durant les heures de présence.



Chemin du 1^{er} aout 5
1212 Grand Lancy
022.880.15.05
la.licorne.sarl@outlook.com

Nom et prénom du représentant légal :

Par ma signature, j'atteste avoir répondu correctement aux questions et j'accepte de rester à disposition en cas de besoin de compléments.

Date : Signature :

Matériel à amener avec le nom de votre enfant :

- 1 photos passeports
- Photocopies du carnet de vaccinations
- Copies du contrat de RC
- Copie pièce d'identité de l'enfant et des parents
- Une copie du règlement paraphée en bas de chaque page, datée et signée.