

JRB - LES KAFERLAS*"Les Kaferlas"*

13 rue de l'Eglise

68320 HOLTZWHR

Téléphone : 03.89.47.75.25

Fax :

E-Mail : kaferlas68@gmail.com

**PARENTS - 2019/2020**

Le 05/02/2019

RESPONSABLE LEGAL (1)

Nom : **Nom de jeune fille :**
Prénom :
Adresse :
Complément d'adresse :
Code postal : **Ville :**
Téléphone 1 : **Téléphone 2 :**
E-mail :
Nationalité :
Qualité : Père / Mère / Tuteur / Beau-Père / Belle-Mère
Situation de famille : Marié / Célibataire / Divorcé / Concubin / Séparé / Pacsé
Profession :
Employeur :
Adresse professionnelle :
Code postal : **Ville :**
Téléphone professionnel :
E-mail professionnel :
Régime sécurité sociale : Général / Autre / MSA
Caisse sécurité sociale : **Caisse CAF :**
Numéro allocataire CAF :

RESPONSABLE LEGAL (2)

Nom : **Nom de jeune fille :**
Prénom :
Adresse :
Complément d'adresse :
Code postal : **Ville :**
Téléphone 1 : **Téléphone 2 :**
E-Mail :
Nationalité :
Qualité : Père / Mère / Tuteur / Beau-Père / Belle-Mère
Situation de famille : Marié / Célibataire / Divorcé / Concubin / Séparé / Pacsé
Profession :
Employeur :
Adresse professionnelle :
Code postal : **Ville :**
Téléphone professionnel :
E-mail professionnel :
Régime sécurité sociale : Général / Autre / MSA
Caisse sécurité sociale : **Caisse CAF :**
Numéro allocataire CAF :

Nb enfants total / à charge : /**Quotient familial :** Avis d'imposition ou n° CAF**Cotisation :** €**Date début :** ___/___/___ **Date fin :** ___/___/___

Date : ___/___/___

Signature des Responsables légaux :

Nom :

JRB - LES KAFERLAS

"Les Kaferlas"

13 rue de l'Eglise

68320 HOLTZWUHR

Téléphone : 03.89.47.75.25

Fax :

E-Mail : kaferlas68@gmail.com



ENFANT - 2019/2020

Le 05/02/2019

Nom : **Autorité parentale :**

Prénom :

Date de demande : __/__/__ **Date d'inscription :** __/__/__ **Sexe :** Garçon / Fille

Date de naissance : __/__/__ **Nationalité :**

Lieu de naissance : **Langue maternelle :**

Commune : **Ecole :** **Classe :**

Adresse / CP / Ville :

Téléphones :

1. Responsable légal (1): Tél Tél 2 Pro

2. Responsable légal 2 : Tél Tél 2 Pro

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom : **Prénom :**

Adresse / CP / Ville :

Téléphones : **Lien de parenté :**

Nom : **Prénom :**

Adresse / CP / Ville :

Téléphones : **Lien de parenté :**

Nom : **Prénom :**

Adresse / CP / Ville :

Téléphones : **Lien de parenté :**

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : **Prénom :**

Adresse / CP / Ville :

Téléphones : **Lien de parenté :**

Nom : **Prénom :**

Adresse / CP / Ville :

Téléphones : **Lien de parenté :**

Nom : **Prénom :**

Adresse / CP / Ville :

Téléphones : **Lien de parenté :**

ACTIVITES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date : __/__/__

Signature des responsables

Nom :

JRB - LES KAFERLAS*"Les Kaferlas"*

13 rue de l'Eglise

68320 HOLTZWIHR

Téléphone : 03.89.47.75.25

Fax :

E-Mail : kaferlas68@gmail.com



INFORMATIONS MEDICALES

ENFANT

Nom et prénom :

Date de naissance : _/~/__ Autorisation d'hospitalisation :

Adresse / CP / Ville :

Téléphones :

1. Responsable légal 1 :	Tél	Tél 2	Pro	
2. Responsable légal 2 :	Tél	Tél 2	Pro	
3. Famille d'accueil :	Tél	Tél 2		

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : Date de renouvellement _/~/__

MEDECINS

Nom :

Adresse / CP / Ville :

Téléphone : Spécialité :

VACCINS

DTP	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_
BCG	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_
Tetracoq	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_
ROR	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_
Pneumocoque	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_
Hépatite B	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_
	//_	_/_/_	_/_/_	_/_/_
	//_	_/_/_	_/_/_	_/_/_
	//_	_/_/_	_/_/_	_/_/_

MALADIES INFANTILES

Coqueluche	_/_/_	Rougeole	_/_/_	Scarlatine	_/_/_
Oreillons	_/_/_	Rubéole	_/_/_	Varicelle	_/_/_

COMMENTAIRES

Antécédents médicaux :

Interventions chirurgicales :

Autres maladies :

Allergies et conduite à tenir :

Observations :