



Nombre d'enfants à charge (comptabilisé pour les prestations familiales) : .....

Précisez pour chacun, le nom, le prénom et la date de naissance :  
.....  
.....

**LISTE DES PERSONNES MAJEURES AUTORISÉES  
A REPRENDRE L'ENFANT ET A JOINDRE EN CAS D'URGENCE**

**N.B : les représentants légaux sont prioritaires**

**Les personnes nommées dans le tableau devront pouvoir attester de leur identité dans les locaux de la Souris verte.**

<b>priorité</b>	<b>urgence</b>	<b>Reprendre l'enfant</b>	<b>Nom prénom Localité</b>	<b>Qualité</b>	<b>N° tél</b>
					Fixe : Portable :
					Fixe : Portable :
					Fixe : Portable :
					Fixe : Portable :
					Fixe : Portable :
					Fixe : Portable :
					Fixe : Portable :
					Fixe : Portable :
					Fixe : Portable :

Date d'inscription de l'enfant : /\_/\_ / \_/\_ / \_/\_/\_/\_/\_

Fait à ..... Le .....

Signature des responsables légaux

## FICHE SANTE

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Les données médicales citées ci-dessous ne sont pas informatisées. Tous les documents les concernant, doivent être transmises sous enveloppe cachetée au nom de l'enfant.

### AUTORISATION

- J'accepte** que les données médicales relatives à mon enfant..... :
  - les vaccinations**
  - les antécédents médicaux**
  - les pathologies chroniques ou aiguës en cours**soient conservées sous format papier dans un contenant sécurisé, dans les locaux du multi-accueil durant la durée de l'accueil de mon enfant.
  
- Je n'accepte pas** que les données médicales de mon enfant.....soient conservées au multi-accueil La souris verte  
A ..... Le .....

**Signature des représentants légaux :**

### Médecin traitant

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

## AUTORISATION

Je soussigné(e), .....  
Autorise l'équipe de "La Souris Verte" à utiliser un antiseptique (Chlorhexidine) pour désinfecter une plaie superficielle à mon enfant.

Je soussigné(e), .....  
Autorise l'équipe de "La Souris Verte" à faire transporter et hospitaliser mon enfant, ..... si son état le nécessite et à lui prodiguer les soins d'urgence.

Je soussigné(e), .....  
Autorise l'équipe de « La Souris Verte » à donner en mon nom tous traitements accompagnés d'une ordonnance.

Fait à ..... Le .....

Signature précédée de la mention "*Lu et approuvé*"