

# DOSSIER UNIQUE D'INFORMATION

NOM / Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : .....

ECOLE : .....

## INFORMATIONS FAMILLE

Choix de la facturation :  Père **OU**  Mère

**Nom / Prénom du père** : .....

Adresse : .....

E-mail : .....

Tél fixe : ..... Tél pro : ..... Tél portable : .....

**Nom / Prénom de la mère** : .....

Adresse : .....

E-mail : .....

Tél fixe : ..... Tél pro : ..... Tél portable : .....

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

**N° allocataire CAF** : ..... **N° de police d'assurance RC** : .....

## AUTRES PERSONNES à contacter, autorisées à prendre en charge l'enfant

**Nom / Prénom** : ..... **Téléphone** : .....

**Nom / Prénom** : ..... **Téléphone** : .....

**Nom / Prénom** : ..... **Téléphone** : .....

**Nom / Prénom** : ..... **Téléphone** : .....

## RECOMMANDATIONS ENFANT

Allergies : .....

Régime alimentaire : .....

Autre : .....

**Tout traitement médical nécessite de remplir un Projet d'Accueil Personnalisé (PAI) à disposition à l'ELAn COLUCHE et soumis à l'approbation de la direction.**

Je soussigné(e) ..... certifie l'exactitude des renseignements mentionnés dans le présent dossier d'information, déclare avoir pris connaissance et approuve les règlements intérieurs, déclare avoir pris connaissance des tarifs qui me seront appliqués, autorise les services municipaux à accueillir mon enfant et à le faire hospitaliser en cas de nécessité.

**Signature du représentant légal** : Fait à ..... Le .....