



COMMUNE DE LA BOUILLADISSE
FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILIALE

FICHE MÉDICALE

ENFANTS

NOM : Prénom :
 Date de naissance :
 Date d'entrée dans l'établissement :

PARENTS

RESPONSABLE 1: Nom : Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse complète :
 N° de portable :
 Adresse mail :
 Profession :
 Nom, adresse, téléphone de l'employeur :

RESPONSABLE 2 : Nom : Prénom :

 Date de naissance :
 Adresse complète :
 N° de portable :
 Adresse mail :
 Profession :
 Nom, adresse, téléphone de l'employeur :

Situation familiale :

- Mariés Séparés Divorcés
 Pacsés Veuf Concubinage

Nombre de frères et sœurs :
 N° d'immatriculation à la Sécurité sociale (M.S.A) :

 N° d'allocation à la Caisse d'Allocations Familiales :

VACCINATIONS

.....

ALLERGIES

.....

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (P.A.I.)

.....

Autres précisions éventuelles :

Nom, adresse, N° de téléphone du médecin traitant :

Je soussigné(e) :
 autorise le multi-accueil à faire hospitaliser mon enfant en cas d'accident ou d'urgence.
 Fait à La Bouilladisse, le :

Signatures,
 (précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Responsable 1

Responsable 2

Informations relatives à l'utilisation de vos données

Les informations collectées par la crèche de la ville de La Bouilladisse font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées à l'inscription des enfants au sein de l'établissement municipal. Le destinataire des données est la ville de La Bouilladisse et autres organismes publics (CAF, MSA...). La ville s'engage à protéger vos données en ne les partageant avec aucune société à des fins commerciales.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au DPO de la ville de La Bouilladisse : dpo@ville-bouilladisse.com