



# Document à RENDRE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS et AUTORISATIONS DIVERSES - 2019-2020

## INFORMATIONS GENERALES CONCERNANT L'ELEVE

NOM \_\_\_\_\_ Date naissance \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Lieu naissance \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Pays naissance \_\_\_\_\_  
Tel. portable du jeune \_\_\_\_\_  
CP \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Adresse mail \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS RESPONSABLES LEGAUX

PERE	MERE
NOM _____	NOM _____
Prénom _____	Prénom _____
Adresse _____	Adresse _____
CP _____ Ville : _____	CP _____ Ville : _____
Téléphone _____	Téléphone _____

## AUTRE SITUATION (préciser le lien)

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_  
CP \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX et DECHARGE MEDICALE

Couverture sociale       SECURITE SOCIALE       MSA       Autre : .....

NOM ET PRENOM DE L'ASSURE : .....

N° immatriculation : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_

Caisse : ..... Localité : .....

**Je soussigné(e), père, mère ou tuteur, accorde l'autorisation** à la Directrice de la MFR de la Dombes ou à son remplacement mandaté :  
- **de faire dispenser** tous soins médicaux, pharmaceutiques ou interventions chirurgicales et anesthésie en cas d'urgence à mon enfant, qui seraient rendus nécessaires lors de sa présence soit en MFR, soit au cours des diverses activités ayant rapport avec sa formation.  
- **de faire transporter** mon enfant à l'hôpital dans un véhicule sanitaire.

**Je m'engage** à me rendre au chevet de mon enfant dès son transfert à l'hôpital et à régler moi-même les honoraires et frais engendrés.

Je signale aussi, à toutes fins utiles, que les produits suivants lui sont formellement :

✦ **déconseillés** : \_\_\_\_\_  
✦ **interdits** : \_\_\_\_\_

## PERSONNES A CONTACTER et AUTORISEES A VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT, en cas d'indisponibilité des parents

Priorité	Nom Prénom	Lien de parenté	Téléphone
1			Fixe : _____
			Portable : _____
			Travail : _____
2			Fixe : _____
			Portable : _____
			Travail : _____
3			Fixe : _____
			Portable : _____
			Travail : _____

**REGIME ALIMENTAIRE**

Mon enfant présente une allergie aux aliments suivants : (Certificat médical obligatoire dès le mois de septembre)

Régime alimentaire sans viande

Régime alimentaire sans porc

**DROIT A L'IMAGE**

Donnez-vous l'autorisation que votre enfant soit photographié (photos de classe, articles de presse, documentations, site internet...) ?

OUI

NON

**DECHARGE**

Je soussigné(e), ..... père, mère ou tuteur de l'élève .....  
décharge la MFR de la Dombes de toute responsabilité lorsque mon enfant arrive avant 9H30 le lundi et part après 16h30 le vendredi  
pour l'année scolaire 2019-2020.

**TRANSPORT**

Je soussigné(e), ..... père, mère ou tuteur de l'élève .....  
autorise le personnel de la MFR de la Dombes à assurer le transport de mon enfant lors des sorties scolaires pour l'année scolaire  
2019-2020

**En cas de départ de mon enfant durant une semaine de formation, la MFR de la Dombes peut, à titre exceptionnel, assurer le transport  
jusqu'à la gare de proximité.**

**Ce transport facturé à la famille sera réalisé uniquement pendant les "horaires de journée" (soit entre 8h00 et 17h30) et sous réserve  
de disponibilité du personnel de la MFR.**

**Ce transport ne sera effectué qu'après un accord entre la MFR de la Dombes et la famille ou le tuteur.**

**P.S. : Pour tout changement, merci de tenir informé le secrétariat de la MFR de la Dombes**

Fait à .....

Le ..... / ..... / 2019

**Signature du Responsable Légal :**

**CADRE RESERVE A LA MFR : NE PAS REMPLIR**

**Observations :**