



FICHE CONTACT :

ENFANT :

Nom : Prénom :

Est-ce que l'enfant à le droit de contact avec ses parents ? OUI NON

Si oui, dans quel cadre (jour, temps d'appel, médiatisation de l'appel...) :
.....
.....
.....

Numéro de la mère : Numéro du père :

INSTITUTION RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Désignation :

Adresse :

Numéro de téléphone : Numéro d'astreinte :

PERSONNES RESPONSABLES DE L'ENFANT AU QUOTIDIEN :

Nom : Nom :

Prénom : Prénom :

N° de téléphone : N° de téléphone :

Je suis : * Je suis : *

- | | | | |
|------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Educateur | <input type="checkbox"/> Famille d'accueil | <input type="checkbox"/> Educateur | <input type="checkbox"/> Famille d'accueil |
| <input type="checkbox"/> Parent | <input type="checkbox"/> Autres (à noter*) | <input type="checkbox"/> Parent | <input type="checkbox"/> Autres (à noter*) |

PERSONNE EN CHARGE DE L'ENFANT DURANT LE SÉJOUR : (Famille d'accueil relais, famille d'accueil, éducateurs remplaçants, astreinte, parents)

Nom : Prénom :

En qualité de :

Numéro de téléphone : Numéro d'astreinte :

PERSONNE QUI RÉCUPÈRE L'ENFANT EN CAS DE MALADIE OU D'EXCLUSION : (Si autre personne que celle-ci-dessus) :

Nom : Prénom : Numéro :

RAPPEL AUX INSTITUTIONS :

Si ce présent document n'est pas rempli, à jour et signé, deux mois avant le séjour, nous nous donnons la possibilité de refuser l'enfant. Nous rappelons que vous devez venir récupérer ou accompagner l'enfant pour les raisons suivantes :

- o Maladie
- o Passage à l'hôpital de plus de 3h
- o Hospitalisation
- o Exclusion
- o Départ à la demande de l'enfant

Je m'engage donc à respecter ces conditions.

Cachet de la structure,

Signature, date, mention « lu et approuvé »