
Fiche de Renseignement

Donnés de l'enfant :

Prénom/Nom :

Date de naissance:

Téléphone mobile de l'enfant:

Pour Suisse lieu d'origine:

Pour étrangers nationalité(s):

Domicilié chez la/le: mère: père:

Annoncé au canton:

Langue maternelle:

Langue quotidienne:

Religion:

Allergie :

Médicaments:

Particularités (p.ex. nourriture):

Pour des parents séparés (veuillez cocher la case correspondante s.v.p.):

Garde commune Garde mère Garde père

Donnés des parents biologiques:

Prénom/Nom mère:

Adresse:

(Rue, CP, lieu)

Téléphone P:

 B:

 Mobil:

 Email:

Prénom/Nom père:

Adresse:

(Rue, CP, lieu)

Téléphone P:

 B:

 Mobil:

 Email:

Donnés beaux-parents/concubin(e):

Monsieur Madame

Prénom/Nom:

Adresse:

(Rue, CP, lieu)

Téléphone P:

 B:

 Mobil:

 Email:

Fiche de Renseignement

Frères et sœurs (I) demi-frères et demi-sœurs (!) (veuillez cocher s.v.p.) :

Prénom/Nom/dates de naissance (I) (!):

Prénom/Nom/dates de naissance (I) (!):

Prénom/Nom/dates de naissance (I) (!):

Prénom/Nom/dates de naissance (I) (!):

Autre personne de référence importantes /parents

Dénomination (ami, tante, etc.):

Monsieur Madame

Prénom/Nom

Adresse:
(Rue, CP, lieu)

Téléphone P:

B:

Mobil:

Email:

Donnés administration

Protection de l'adulte et de l'enfant (PAE) ou Office de la jeunesse, service social de la commune

Prénom/nom
(Personne compétente):

Téléphone:

Email:

Est-ce qu'il existe une disposition officielle ? (veuillez cocher la case correspondante s.v.p.)

Non: curatelle tutelle soins de retrait

Prénom/nom
(Personne compétente):

Téléphone:

Email:

Est-ce qu'il existe un avis de détresse? (veuillez cocher la case correspondante s.v.p.)

Oui Non je ne sais pas

Données Accompagnement/Thérapie (p.ex.: 1. SPE 2. Accompagnement de famille):

1. SPE Accompagnement de famille clinique de jour cabinet privé

Prénom/nom
(Personne compétente):

Téléphone:

Email:

Fiche de Renseignement

2. SPE Accompagnement de famille clinique de jour cabinet privé

Prénom/nom
(Personne compétente):

Téléphone:

Email:

Données école, médecin de famille, assurances:

Ecole (Nom):

Niveau/classe:

Adresse:
(Rue, CP, lieu)

Enseignant/ enseignante

Prénom/nom:

Tél. école: Tél. enseignant(e):

E-mail :

École continue: oui non

Téléphone:

Médecin de famille :

Prénom/nom :

Adresse:
(Rue, CP, lieu)

Téléphone:

Dentiste:

Prénom/nom :

Adresse:
(Rue, CP, lieu)

Téléphone:

Caisse maladie:

No d'assuré:

Assurance responsabilité civile:

Assurance d'invalidité : Oui Non annoncé