

## ENFANT :

**NOM :** ..... **Prénom :** ..... Sexe : F M

Né(e) le : ..... Lieu de naissance : .....

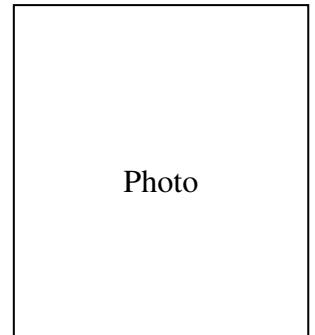
Nationalité : .....

Adresse : .....  
.....

Code Postale : ..... Commune : .....

L'enfant réside :  Parents  Père  Mère  Tuteur

Nom de l'école : ..... Niveau d'étude : ..... Instituteur : .....



• Date du dernier vaccin obligatoire :

DTP.....

*Veillez joindre la copie du carnet de santé, la partie vaccination*

• Régime alimentaire :

RAS  Sans Porc  PAI

• L'enfant bénéficie-t-il d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) :

Oui  Non

*Si oui veuillez joindre le PAI et le cas échéant les médicaments concernés.*

• Autres problèmes de santé : (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...).

Si l'enfant est porteur d'un handicap merci de nous apporter un maximum de précisions, ce qui nous permettra de l'accueillir dans les meilleures conditions :

.....  
.....  
.....

• L'enfant a-t-il une attestation MDPH :  Oui  Non

## ASSURANCE

Nom de l'assurance :

Numéro de police d'assurance :









*Veillez joindre la copie de l'attestation d'assurance scolaire et extra-scolaire*

## REPRESENTANTS LEGAUX :

Situation Familiale : Marié Divorcé Vie maritale Veuf(ve) Séparé Pacsé

Si divorcé ou séparé : mode de garde : Alternée Exclusive

Informations supplémentaires : .....

<b>Parent 1</b>	<b>Parent 2</b>
<p style="text-align: right;"><b>Responsable légal</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Lien de parenté : Père Mère</p> <p>Civilité : Madame Monsieur</p> <p>NOM :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date et lieu de naissance :</p> <p>Profession :</p> <p>Adresse :(Si différente de l'enfant)</p> <p> Fixe :</p> <p> Portable :</p> <p> Travail :</p> <p> : .....@.....</p>	<p style="text-align: right;"><b>Responsable légal</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Lien de parenté : Père Mère</p> <p>Civilité : Madame Monsieur</p> <p>NOM :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date et lieu de naissance :</p> <p>Profession :</p> <p>Adresse : (Si différente de l'enfant)</p> <p> Fixe :</p> <p> Portable :</p> <p> Travail :</p> <p> : .....@.....</p>

**Autre responsable légal :**

**Autorité Parentale**

Lien de parenté :

Civilité :

NOM :

Prénom :


Profession :

Adresse :

 Fixe :

 Portable :

 Travail :

 : .....@.....

## AUTORISATIONS :


Père

*J'autorise mon enfant :*

- *A la baignade :*  Oui  Non
- *A rentrer seul :*  Oui  Non
- *A participer à l'ensemble des activités péri et extra-scolaires :*  
 Oui  Non
- *A utiliser les différents moyens de transports :*  
 Oui  Non
- *A être pris en photo :*  Oui  Non  
A être diffusé :
  - Dans les journaux :  Oui  Non
  - Dans l'Actu (journal de la commune) :  Oui  Non
  - Sur le site internet de la commune :  Oui  Non
- *Au responsable du service de prendre toutes les mesures nécessaires à l'état de santé de mon enfant :*  
 Oui  Non

*Autre autorisation :*

- Autorisez-vous la communication de vos coordonnées suivantes :

 :  Oui  Non

 :  Oui  Non


Mère

*J'autorise mon enfant :*

- *A la baignade :*  Oui  Non
- *A rentrer seul :*  Oui  Non
- *A participer à l'ensemble des activités péri et extra-scolaires :*  
 Oui  Non
- *A utiliser les différents moyens de transports :*  
 Oui  Non
- *A être pris en photo :*  Oui  Non  
A être diffusé :
  - Dans les journaux :  Oui  Non
  - Dans l'Actu (journal de la commune) :  Oui  Non
  - Sur le site internet de la commune :  Oui  Non
- *Au responsable du service de prendre toutes les mesures nécessaires à l'état de santé de mon enfant :*  
 Oui  Non

*Autre autorisation :*

- Autorisez-vous la communication de vos coordonnées suivantes :

 :  Oui  Non

 :  Oui  Non


Autre responsable légal :

*J'autorise l'enfant :*

- *A la baignade :*  Oui  Non
- *A rentrer seul :*  Oui  Non
- *A participer à l'ensemble des activités péri et extra-scolaires :*  
 Oui  Non
- *A utiliser les différents moyens de transports :*  
 Oui  Non
- *A être pris en photo :*  Oui  Non  
A être diffusé :
  - Dans les journaux :  Oui  Non
  - Dans l'Actu (journal de la commune) :  Oui  Non
  - Sur le site internet de la commune :  Oui  Non
- *Au responsable du service de prendre toutes les mesures nécessaires à l'état de santé de mon enfant :*  
 Oui  Non

*Autre autorisation :*

- Autorisez-vous la communication de vos coordonnées suivantes :

 :  Oui  Non

 :  Oui  Non

**Personnes autorisées à récupérer l'enfant :**

<b>NOM - Prénom</b>	<b>Téléphone</b>	<b>Lien de parenté</b>

**Personnes non autorisées à récupérer l'enfant :**

<b>NOM - Prénom</b>	<b>Téléphone</b>	<b>Lien de parenté</b>

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

<u>Père :</u>	<u>Mère :</u>	<u>Autre responsable légale :</u>
<b><u>Régime allocataire</u></b> <input type="checkbox"/> Régime général (CAF) <input type="checkbox"/> Régime agricole (MSA) <input type="checkbox"/> AUTRE : (précisez)..... Nom de l'allocataire : Numéro allocataire :	<b><u>Régime allocataire</u></b> <input type="checkbox"/> Régime général (CAF) <input type="checkbox"/> Régime agricole (MSA) <input type="checkbox"/> AUTRE : (précisez)..... Nom de l'allocataire : Numéro allocataire :	<b><u>Régime allocataire</u></b> <input type="checkbox"/> Régime général (CAF) <input type="checkbox"/> Régime agricole (MSA) <input type="checkbox"/> AUTRE : (précisez)..... Nom de l'allocataire : Numéro allocataire :

<b><u>Situation financière</u></b>	<b><u>Situation financière</u></b>	<b><u>Situation financière</u></b>
Quotient familial : Nb d'enfants à charge : Nb de parts : <i><u>Pour tous autres régimes hors la Caf, merci de nous joindre la copie de l'avis d'imposition</u></i>	Quotient familial : Nb d'enfants à charge : Nb de parts : <i><u>Pour tous autres régimes hors la Caf, merci de nous joindre la copie de l'avis d'imposition</u></i>	Quotient familial : Nb d'enfants à charge : Nb de parts : <i><u>Pour tous autres régimes hors la Caf, merci de nous joindre la copie de l'avis d'imposition</u></i>

### URGENCE :

ENFANT

Groupe Sanguin : .....

Contre-indications médicales : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Compagnie et numéro de la mutuelle .....

Médecin traitant : Nom : ..... ☎ .....

☎ : .....

Personne à prévenir en cas d'urgence (si les responsables légaux, ne sont pas joignables) : .....

☎ : .....

Lien de parenté : .....

<u>Père</u>	<u>Mère :</u>	<u>Autre responsable légal:</u>
<i>Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire le responsable du service à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.</i>  Date et Signature :	<i>Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire le responsable du service à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.</i>  Date et Signature :	<i>Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire le responsable du service à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.</i>  Date et Signature :

Autres informations :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**SIGNATURE DE LA FICHE INDIVIDUELLE**

<u>Père</u>	<u>Mère</u>	<u>Autre responsable légal :</u>
Je soussigné Monsieur..... Responsable de l'enfant certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.  Date et Signature :	Je soussigné Madame..... Responsable de l'enfant certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.  Date et Signature :	Je soussigné Monsieur/Madame : ..... Responsable de l'enfant certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.  Date et Signature :