

L'ENFANT		
Identité		Photo
NOM		
Prénom		
Date de Naissance :		
Lieu de Naissance :		
Sexe	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	
Classe et Ecole fréquentée 2021/2022		

REPRESENTANT LEGAL		
	Responsable 1	Responsable 2
NOM		
Prénom		
Date de naissance		
Type : Père/Mère/Autres (précisez)		
Adresse du domicile		
 domicile		
 portable		
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Vie Maritale <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf, veuve	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Vie Maritale <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf, veuve
Adresse e.mail		
Profession		
Société et adresse professionnelle		
 Professionnel		
N° Allocataire (CAF, MSA...)		

**FACTURATION SERVICES PERISCOLAIRES (\*)**

Nom (s) du payeur	
Adresse du payeur	

(\*) Fournir un RIB pour le prélèvement bancaire

**PERSONNES A CONTACTER**

	<b>Contact 1</b>	<b>Contact 2</b>
NOM		
Prénom		
Type : Père/Mère/Autres (précisez)		
Tel portable Tel Fixe		
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	OUI / NON

	<b>Contact 3</b>	<b>Contact 4</b>
NOM		
Prénom		
Type : Père/Mère/Autres (précisez)		
Tel portable Tel Fixe		
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	OUI / NON

**ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE  
Ou EXTRASCOLAIRE**

Assureur	
N° Contrat	

**INFORMATIONS ET DONNEES COMPLEMENTAIRES**

<b>Autorisations</b>	<b>Réponse</b>
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure (écoles, périscolaires)	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale... ) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

<b>Appareillages</b>	<b>Réponse</b>
Lunettes : Votre enfant a t'il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a t'il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a t'il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON
Autres (à précisez) ?	OUI / NON

<b>HANDICAP</b>	<b>Réponse</b>
Handicapé : Votre enfant a t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON

<b>Données complémentaires</b>	<b>Réponse</b>
Autorise la prise en charge de mon enfant par les animatrices de garderie (facturé) en cas de retard des parents (3/11 ans)	OUI / NON
Sait nager sans brassard (3/11 ans) :	OUI / NON
Autorise à être transporté dans un véhicule collectif si besoin (3/11 ans)	OUI / NON
La famille accepte que la communauté de communes lui envoie des messages d'informations (sur les activités, les menus...) par courrier, mail.	OUI / NON
Autres recommandations :	

**INFORMATIONS MEDICALES**

<b>Médecin</b>	<b>Téléphone</b>	<b>Spécialité</b>

**Allergies : Fournir un P.A.I. (Protocole d'Accueil Individualisé) (obligatoire)**

--

**Intolérances alimentaires : Fournir un certificat de l'allergologue (obligatoire)**

--

**Pratiques alimentaires**

--

**VACCINS : Fournir une copie des pages de vaccins****Traitement médical :** fournir obligatoire une ordonnance du médecin

Précisez :

**LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR**

Merci de fournir :

- une photo (envoi par mail possible)
- un extrait d'acte de naissance de moins de 3 mois
- un justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Attestation d'assurance dès que vous l'aurez souscrite
- Copie des vaccins avec le nom de l'enfant sur le haut des pages
- un R.I.B.
- P.A.I. ou Certificat de l'allergologue si nécessaire

**ATTESTATION**

Nous soussignés (*)	
Responsable légaux de l'enfant (*)	

(\*) à remplir obligatoirement

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

	<b>Responsable 1</b>	<b>Responsable 2</b>
Fait à :		
Date :		
Signature :		