

**ANNÉE SCOLAIRE 2018-2019**  
**FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS**

Que va fréquenter mon enfant :

- Restauration scolaire*                       *Accueil de loisirs*  
 *Etude surveillée*                       *Accueil périscolaire*

**IDENTITÉ DE L'ENFANT**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....  
**Date et lieu de naissance :** ..... **Sexe :**  *Fille*  *Garçon*  
**Ecole :** ..... **Classe :** .....

**Autorise mon enfant à être filmé, photographié et autorise la diffusion dans le cadre d'activités municipales:**

- *Publications diverses (journal de la ville, brochures...)*                       *Oui*                       *Non*  
- *Site de la ville : [www.saint-pathus.fr](http://www.saint-pathus.fr)*                       *Oui*                       *Non*  
- *Page facebook de la ville : [www.facebook.com/saintpathus](http://www.facebook.com/saintpathus)*                       *Oui*                       *Non*

**Appareillages divers (lunettes, lentilles, prothèses auditives, appareils dentaires...)**

.....  
.....

**Type de repas :**     *Ordinaire*         *Sans porc*         *Sans viande*

**L'enfant est-il allergique à certains aliments ou médicaments ?**     *Oui*         *Non*

*Si oui, une mise en place d'un « Protocole d'Accueil Individuel » pour les enfants allergiques est obligatoire, pour cela prendre contact avec le Service scolaire de la mairie au 01 60 01 01 73.*

**Nom du médecin traitant :** ..... **Téléphone :** .....

**Adresse :** .....

**PERSONNES HABILITÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT**  
*(plus de 16 ans pour les maternelles, plus de 12 ans pour les élémentaires)*

- .....  
- .....  
- .....

## • PÈRE / TUTEUR

Nom : ..... Prénom : .....

Situation familiale : ..... N° CAF : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Courriel : .....

Téléphone domicile : ..... Portable : .....

Employeur : ..... Profession : .....

Téléphone professionnel : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

Centre de Sécurité Sociale : .....

## • MÈRE / TUTRICE

Nom : ..... Prénom : .....

Situation familiale : ..... N° CAF : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Courriel : .....

Téléphone domicile : ..... Portable : .....

Employeur : ..... Profession : .....

Téléphone professionnel : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

Centre de Sécurité Sociale : .....

---

## AUTORISATION PARENTALE MEDICALE

Je (nous) soussigné(és) : ..... agissant en qualité de  
père, mère, représentant légal (rayer la mention inutile) déclare (déclarons) exact les renseignements portés  
sur cette fiche et :

- J' (nous) autorise (autorisons) l'équipe de direction de l'ALSH de Saint-Pathus à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie..).
- Je (nous) m'engage (nous engageons) à payer la part des frais de séjour incombant à la famille (frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle).
- Je (nous) m'engage (nous engageons) à prendre en charge les suppléments dus à un retour individuel de mon (notre) enfant, ainsi que les frais d'accompagnement.

Date et signature des parents ou représentant légal  
(précédée de la mention « lu et approuvé »)