

## FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

Obligatoire

Photo  
du visage\*\*

Tout type  
d'impression

### Mon dossier comprend

#### Les photocopies

- Justificatifs vaccins
- Attestation d'assurance civile et extrascolaire
- Dernier avis d'imposition ou de non-imposition année N-1
- Justificatif de domicile datant de moins de 3 mois
- Copie du jugement en cas de séparation et de garde alternée

Signature du parent

Nom et signature de l'agent

### Mon enfant fréquentera

- Restauration scolaire
- Accueil de loisirs
- Étude surveillée
- Accueil périscolaire

### Informations alimentaires et santé

- Repas ordinaire
  - Régime sans viande
  - Régime sans porc
  - Allergie, prendre contact avec le SMEJ
- Autres .....

### INFORMATIONS UTILES A L'ACCUEIL ET A LA BONNE PRISE EN CHARGE DE VOTRE ENFANT.

#### Identité de l'enfant :

NOM\* : \_\_\_\_\_ Prénom(s)\* : \_\_\_\_\_

Date de naissance\* : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Sexe\* :  Fille  Garçon

École fréquentée\* :  Charles Perrault  Antonio Vivaldi Classe\* : .....

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

.....

.....

#### Personnes à contacter en cas d'urgence :

##### 1 / Parent / TUTEUR-TUTRICE

NOM\* : \_\_\_\_\_

NOM de jeune fille\* : \_\_\_\_\_

Prénom(s)\* : \_\_\_\_\_

Tél. domicile\* : \_\_\_\_\_ Tél. portable\* : \_\_\_\_\_ Tél. professionnel : \_\_\_\_\_

##### 2 / Parent / TUTEUR-TUTRICE

NOM\* : \_\_\_\_\_

NOM de jeune fille\* : \_\_\_\_\_

Prénom(s)\* : \_\_\_\_\_

Tél. domicile\* : \_\_\_\_\_ Tél. portable\* : \_\_\_\_\_ Tél. professionnel : \_\_\_\_\_

#### Personnes habilitées à récupérer l'enfant :

(plus de 16 ans pour les maternelles, plus de 12 ans pour les élémentaires)

(merci de penser à informer les personnes qu'une pièce d'identité peut leur être demandée)

Nom	Prénom(s)	N° de téléphone	Nom	Prénom(s)	N° de téléphone

## Allergies:

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 la direction du centre fréquenté par votre enfant:

Contact direction Vivaldi - 01 60 01 54 47 - 06 80 15 72 71 / Contact direction Perrault - 06 73 62 07 64

## Publication:

- J'autorise mon enfant à être filmé, photographié et autorise la diffusion dans le cadre d'activités municipales.
- J'accepte que les photos et films de mon enfant soient diffusés sur le journal et les brochures de la ville.
- J'accepte que les photos et films de mon enfant soient diffusés sur le site de la ville.
- J'accepte que les photos et films de mon enfant soient diffusés sur les réseaux sociaux (Facebook, instagram...) de la ville.

## Renseignements sur la famille:

### 1 / Parent / TUTEUR-TUTRICE

NOM\*: \_\_\_\_\_

NOM de jeune fille\*: \_\_\_\_\_

Prénom(s)\*: \_\_\_\_\_

Numéro de situation CAF\*: \_\_\_\_\_

Adresse\*: \_\_\_\_\_

Code postal\*: \_\_\_\_\_ Commune\*: \_\_\_\_\_

Courriel\*: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Profession: \_\_\_\_\_

### 2 / Parent / TUTEUR-TUTRICE

NOM\*: \_\_\_\_\_

NOM de jeune fille\*: \_\_\_\_\_

Prénom(s)\*: \_\_\_\_\_

Numéro de situation CAF\*: \_\_\_\_\_

Adresse\*: \_\_\_\_\_

Code postal\*: \_\_\_\_\_ Commune\*: \_\_\_\_\_

Courriel\*: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Profession: \_\_\_\_\_

## Autorisation parentale médicale

Je (nous) soussigné(es), ..... 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 (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 (engageons) à prendre en charge les suppléments dus à un retour individuel de mon (notre) enfant, ainsi que les frais d'accompagnement.
- Je (nous) certifie (certifions) que mon (notre) enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et que l'ensemble de ses vaccins est à jour.

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Signature des parents ou du représentant légal

(Précédée de la mention « lu et approuvé »)