

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRE  
pour tout accueil sur une structure Municipale**

**ATTENTION ! Cette fiche est notre seul moyen de vous joindre**

**Aucune inscription sur une structure ne pourra être prise en compte si cette fiche n'a pas été rendue**


**IDENTITE DE L'ENFANT**

Sexe : M  F

Nom :  Prénom :   
Date de naissance:  Ville de naissance:  Département:

Scolaire  Niveau  Accueil périscolaire uniquement   
(enfant non scolarisé sur la commune)

**RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS CONCERNANT L'ENFANT**

Médecin traitant : Dr     
Adresse:

Groupe sanguin:

| Vaccins | dates                | Vaccins    | dates                | Vaccins | dates                |
|---------|----------------------|------------|----------------------|---------|----------------------|
| B.C.G.  | <input type="text"/> | D.T. Polio | <input type="text"/> | R.O.R   | <input type="text"/> |

Votre enfant porte-il : lentilles  lunettes , prothèses auditives , prothèses ou appareil dentaires   
Autre  précisez :

Votre enfant est-il allergique ? Oui  Non   
Si oui, est-ce une allergie alimentaire ? Oui  Non

**Important :** si oui, votre enfant est tout de même accueilli à la restauration, mais vous devez apporter la totalité de son repas.

Bénéficie-t-il d'un P.A.I. (Plan d'Accueil Individualisé) ? Oui  Non  (si oui, penser à le renouveler)

Indiquez les problèmes de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations,...)

En précisant les dates, les précautions à prendre et la conduite à tenir :



Informations complémentaires : Repas sans porc OUI  NON

**AUTORISATIONS DU RESPONSABLE LEGAL**

Qui détient l'autorité parentale ? Responsable N°1 & N°2  Responsable N°1  Responsable N°2

Personnes autres que les parents à joindre en cas d'urgence

Personnes autres que les parents habilitées à sortir l'enfant

Nom:   
prénom:   
   
Nom:   
prénom:   


Nom:   
prénom:   
   
Nom:   
prénom:   


- J'autorise mon enfant à participer aux activités et sorties périscolaires  
 Autorise ou  Refuse la diffusion des photos et films sur les supports municipaux (site de la ville, magazine...)  
 **Autorise mon enfant à rentrer seul du centre (cycle élémentaire uniquement)**  
• Autorise le directeur de la structure à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toute intervention d'urgence.

**Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exact**

A,  Le  Nom et signature :



**PERSONNE(s) RESPONSABLE(S) LEGAL (aux) DE L'ENFANT et COORDONNEES**

**Situation familiale :**    célibataire    Marié(e)    Divorcé(e)    Veuf(ve)    Pacsé(e)    Vie maritale

**Responsable N°1**       Père       Mère       Tuteur légal



Nom:       Prénom:

Adresse personnelle :       Hors Commune      Date de naissance :

 dom. :        port. :       E-mail personnel :

Profession :       **Employeur :**

Adresse :



 prof.        port. Prof :

N° sécurité sociale:       N° allocataire CAF:

**Responsable N°2**       Père       Mère       Tuteur légal



Nom:       Prénom:

Adresse personnelle :       Hors Commune      Date de naissance :

 dom. :        port. :       E-mail personnel :

Profession :       **Employeur :**

Adresse :

 prof.        port. Prof :

N° sécurité sociale:       N° allocataire CAF:

**Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exact**

A,  Le  Nom et signature :