



Documents à fournir :

Justificatif de domicile	Carnet de santé
Livret de famille	Avis d'imposition Récent
Assurance Responsabilité Civile	Attestation ou bons CAF
<u>Projet d'Accueil Individualisé :</u>	Attestation ou bons MSA
Fournir une copie du PAI de l'enfant	

N° dossier famille :

FICHE de RENSEIGNEMENTS et SANITAIRE 2019/2021

Responsable

Nom d'usage :
Nom de famille :
Prénom :
Adresse :

domicile :
 mobile :
 travail :
 Mél. :

Sexe :
Situation matrimoniale :
Né(e) le à

Profession :
Employeur :
Type de contrat :
Si CDD, formation,, date de fin :
Attestation d'emploi fournie : oui non

Conjoint

Nom d'usage :
Nom de famille :
Prénom :

mobile :
 travail :
 Mél. :

Sexe :
Situation matrimoniale :
Né(e) le à

Profession :
Employeur :
Type de contrat :
Si CDD, formation,, date de fin :
Attestation d'emploi fournie : oui non

Contacts

Nom - Prénom:
 domicile :
 travail :
 mobile :
Lien avec la famille (les enfants) :

Nom - Prénom:
 domicile :
 travail :
 mobile :
Lien avec la famille (les enfants) :

A prévenir en cas d'urgence : Oui Non
Apte à récupérer l'(les) enfant(s) : Oui Non

A prévenir en cas d'urgence : Oui Non
Apte à récupérer l'(les) enfant(s) : Oui Non

Nom :	Prénoms :
Date et lieu de naissance :	
Lien de parenté avec le responsable :	Avec le conjoint :
Etablissement scolaire :	
Restauration scolaire :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Abonnement : Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>
Garderie Périscolaire :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
ALSH du mercredi :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
ALSH des vacances :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autorisé à participer aux sorties hors du Centre de loisirs	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autorisation de photographier l'enfant, d'utiliser les prises de vues	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
INFORMATIONS MEDICALES	
Groupe sanguin :	Médecin traitant :
Ville du médecin :	Téléphone :
Allergies médicalement reconnues :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui lesquelles :	
PAI :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Type de repas (si intolérance alimentaires, sans porc,) :	
Vaccins à jour :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
(Fournir le carnet de santé)	
Recommandation des parents (lunettes...) :	
Autorisation d'évacuer l'enfant :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Préciser le **Régime de Sécurité sociale** sous lequel est couvert votre enfant :

- Régime Général
- Régime Agricole
- Régimes Spéciaux (les militaires, les fonctionnaires, les agents de la RATP et de la SNCF, etc.)

Je suis informé que **les projets éducatifs et pédagogiques** du séjour peuvent m'être remis sur demande.

J'autorise mon enfant (de 10 ans ou plus) à **rentrer seul** de (cocher) :

- l'Accueil du Centre de Loisirs ou de l'arrêt de bus
- de la Garderie Périscolaire

Si votre enfant a un **PAI** lié à une ou plusieurs allergie(s) alimentaire(s), nous pourrions l'accepter à la condition que vous lui fournissiez son panier repas pour toutes les activités (Restauration Scolaire, Centre de Loisirs)

Je soussigné,, représentant légal de l'enfant désigné ci-dessous, déclare **exact les renseignements portés sur la fiche** et m'engage à tenir les services informés en cas de changement.

Je reconnais avoir pris connaissance des différents **règlements intérieurs** disponibles sur le site de la commune et le portail Familles et les accepte sans réserve.

Fait à

Le

Signature

Mise à jour à.....

Le.....

Signature

Mise à jour à.....

Le.....

Signature