



FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2015 / 2016

Réservé à
l'administration

Nom de l'enfant : _____ Prénom de l'enfant : _____ Sexe : ☐ Garçon ☐ Fille
Date de naissance : _____ Ecole : _____ Classe : _____ N° Allocataire CAF : _____
Adresse : _____ Code Postal : _____ Ville : _____
Situation Familiale : ☐ Mariés ☐ Pacsés ☐ Vie Maritale ☐ Divorcés ☐ Séparés ☐ Célibataire ☐ Veuf
Responsable légal : ☐ Mère ☐ Père ☐ Les deux Personne à contacter en premier : ☐ Mère ☐ Père

PERE	MERE
Nom et Prénom : _____	Nom et Prénom : _____
Adresse si différente de l'enfant : _____	Nom de jeune fille : _____
_____	Adresse si différente de l'enfant : _____
_____	_____
Tel domicile : _____ Tel travail : _____	Tel domicile : _____ Tel travail : _____
Portable : _____	Portable : _____
Email : _____	Email : _____

ALLERGIE / REGIME ALIMENTAIRE En cas d'allergie alimentaire prendre contact avec l'accueil périscolaire

Allergie alimentaire : ☐ oui ☐ non Précisions : _____
Allergie médicamenteuse : ☐ oui ☐ non Précisions : _____
Régime alimentaire particulier (sans porc) : _____

VACCINS / INFORMATIONS MEDICALES Si l'enfant n'a pas reçu les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

Les vaccins obligatoires de mon enfant sont à jour (Diphtérie / Tétanos / Poliomyélite ou DTpolio ou Tétracoq) ☐ oui ☐ non
Autre vaccins : _____
Médecin traitant : _____ Téléphone _____
Informations médicales particulières : _____

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (AUTRES QUE LES PARENTS)

Nom et prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone	Téléphone
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

☐ J'autorise	☐ Je n'autorise pas	mon enfant à quitter seul l'accueil périscolaire et l'Espace Loisirs dès la fermeture
☐ J'autorise	☐ Je n'autorise pas	la municipalité à utiliser les photos dans le cadre des activités et pour la presse
☐ J'autorise	☐ Je n'autorise pas	la municipalité à utiliser le n° d'allocataire sur le site de CAFPRO pour application d'une réduction tarifaire éventuelle

Je soussigné(e) : _____ responsable légal(e) de l'enfant, atteste que mon enfant possède une assurance pour les activités périscolaires et extrascolaires et déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise le responsable de la structure à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales).

Date : _____ Signature du responsable légal de l'enfant : _____