



FICHE RENSEIGNEMENTS TEMPS PÉRISCOLAIRES ET ALSH

Année scolaire 2023/24

<u>VOTRE ENFANT</u>	<input type="checkbox"/> Garçon	<input type="checkbox"/> Fille
NOM* :	Prénom* :	
Date de Naissance* :/...../.....		

RESPONSABLES DE L'ENFANT

Situation familiale Mariés Pacsés Union Libre
 Divorcés Célibataire Veuf/ve

<u>PARENT 1</u>	Payeur <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre :	
Civilité* :	
NOM* :	
Prénom* :	
Date de naissance* :/...../.....	
Adresse postale* :	
.....	
Portable* :	
Mail* :	
.....	
N° Sécurité Sociale* :	
Profession :	
Employeur :	
Téléphone pro :	

<u>PARENT 2</u>	Payeur <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre :	
Civilité* :	
NOM* :	
Prénom* :	
Date de naissance* :/...../.....	
Adresse postale* :	
.....	
Portable* :	
Mail* :	
.....	
N° Sécurité Sociale* :	
Profession :	
Employeur :	
Téléphone Pro :	

AUTRES CONTACTS

NOM : Prénom :

Téléphone :/...../...../...../..... Lien avec l'enfant :

Appel en cas d'urgence

est autorisé à récupérer l'enfant

NOM : Prénom :

Téléphone :/...../...../...../..... Lien avec l'enfant :

Appel en cas d'urgence

Autorisé à récupérer l'enfant

AUTRES INFORMATIONS

N° allocataire* : CAF MSA

Autorise la prise de photos et leurs publications (site internet, réseaux sociaux, presse de la commune)* OUI NON

Autorise la mairie à accéder au logiciel de la Caf CDAP pour mettre à jour les informations liées au quotient familial* OUI NON

L'enfant est-il autorisé à partir seul ?* OUI NON

Porte-t-il des lunettes ? * OUI NON

Porte-t-il un appareil auditif ?* OUI NON

Porte-t-il un appareil dentaire ? * OUI NON

Autorisation d'hospitalisation*

Je donne pouvoir au responsable du centre, en cas d'impossibilité de me joindre, de faire pratiquer des examens médicaux et/ou de faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.

OUI NON

Autorisation d'intervention chirurgicale*

En cas d'impossibilité de me joindre, j'autorise les soins hospitaliers et si besoin, l'anesthésie de mon enfant, si, victime d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

OUI NON

MÉDICAL*

Médecin traitant de l'enfant* :

Adresse :

Téléphone* :

Varicelle /...../... Angine /...../..... Otite/...../.... Scarlatine/...../...

Rougeole /...../..... Oreillons /...../..... Rubéole /...../.....

Allergies : asthme

 alimentaire précisez :

 médicamenteuse précisez :

L'enfant suit-il un traitement médical : OUI NON

Difficultés de santé à connaître (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, ...):

.....

.....

VACCINATIONS*

Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche, Haemophilus, Hépatite B

1^{ere} injection : Rappel :

Pneumocoque

1^{ere} injection : Rappel :

Méningocoque

1^{ere} injection : Rappel :

Rougeole – Oreillons – Rubéole (obligatoire pour les enfants nés après le 1^{er} janvier 2018)

1^{ere} injection : Rappel :

Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche (Rappel dès 6ans)

Dernier rappel :

DOCUMENTS OBLIGATOIRES

Les documents indiqués ci-dessous sont OBLIGATOIREMENT à ajouter dans votre espace famille.

- Copie du livret de famille
- Justificatif de domicile
- Attestation de quotient familial CAF ou MSA ou dernier avis d'imposition, si nous n'avons aucun renseignement, nous appliquerons le plafond maximal
- Carnet de vaccination avec nom, prénom et date de naissance de l'enfant
- Attestation de sécurité sociale ou copie de la carte vitale
- Signature du règlement intérieur des différents temps périscolaires
- Fiche de renseignements (à télécharger sur le site de la Mairie)

Je soussigné(e)représentant légal de l'enfant cité ci-dessus, déclare exacts les renseignements portés sur ce document.

Date

Nom/Prénom

Signature

* mention obligatoire