



Montreuil sur Ille

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## Année 2019-2020

**Merci de joindre les pièces suivantes au dossier :**

- Photocopie des pages 90-91 du carnet de vaccination
- Attestation CAF de votre quotient familial
- Attestation d'assurance périscolaire

**A RETOURNER EN  
MAIRIE avant le 1<sup>er</sup> juillet**

A L'ATTENTION de  
Marion MARTIN

### IDENTITE DE L'ENFANT

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à .....

Sexe :  Masculin  
 Féminin



Niveau scolaire à la rentrée 2019-2020 : .....

Ecole fréquentée à la rentrée 2019-2020 : .....

Mon enfant fréquentera :  La cantine  
 La garderie  
 L'accueil de loisirs (mercredis + vacances)

(cochez la ou les cases)

### COORDONNEES DES RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

	Mère	Père	Autre représentant (si différent)
Nom			
Prénom			
Autorité parentale	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui
	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> non
Adresses			
	CP:	CP:	CP:
	ville:	ville:	ville:
Téléphones	domicile	domicile	domicile
	Mobile	Mobile	Mobile
	Travail	Travail	Travail
Profession			
Employeur			
Email			

# RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

## Vaccinations

Merci de joindre la photocopie du carnet de santé ou de remplir le tableau ci-dessous :

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	AUTRES VACCINS	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie		Coqueluche	
Tétanos		Haemophilus	
Polyomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
		Hépatite B	
		BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

## Information sanitaires

Médecin traitant ..... à.....

Groupe sanguin de l'enfant .....

Poids .....kg      Taille .....cm

L'enfant a-t-il des allergies ?      OUI    NON  
Si oui, lesquelles ?      Alimentaire.....

Médicamenteuses.....

Autres.....

L'enfant présente-t-il des problèmes de santé ?      OUI    NON  
Si oui, lesquels ?.....

L'enfant suit-il un régime alimentaire ?      OUI    NON  
Si oui, lequel ?.....

**Pour les allergies ainsi que les problèmes de santé**, joindre au retour de la fiche de renseignements, un certificat médical d'un spécialiste précisant la cause de l'allergie / des problèmes de santé et la conduite à tenir (administration médicamenteuse...). Ceci afin de pouvoir mettre en place **un protocole** d'accueil individualisé dès que possible.

Autres recommandations utiles (port de lunettes, appareil dentaire et auditif, comportement de l'enfant, énurésie,etc...) : .....



**ATTENTION : L'ADMINISTRATION DE MEDICAMENT RESTE EXCEPTIONNELLE ET NE PEUT SE FAIRE QUE SUR ORDONNANCE**

**En cas d'hospitalisation** : si nous ne pouvons pas vous joindre en cas de maladie ou d'accident grave, toutes les mesures d'urgences seront prises y compris l'hospitalisation.

### Autorisation d'intervention chirurgicale

Je soussigné(e), madame ou monsieur.....responsable légal de ..... autorise l'anesthésie de mon enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

# RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS



## Situation Familiale

Mariés     vie maritale     veuf(ve)     divorcés     séparés     célibataire

Nombre d'enfants mineurs : .....

En cas de séparation, divorce ou instance de divorce, merci de fournir une attestation des deux parents réglant la garde et les autorisations de sortie des enfants.

## Régime de couverture sociale

CPAM    MSA    Autres régimes.....

N° de sécurité sociale : ...../ ...../...../ ...../...../ ...../...../ ...../...../...../...../...../ ...../...../

## Régime de prestations familiales

CAF    MSA    Autres régimes.....

N° d'allocataire : ...../...../...../...../...../...../...../

Bénéficiez-vous de bons vacances ?     OUI     NON

Bénéficiez-vous d'une autre aide ?     OUI     NON

Si oui, laquelle.....

## AUTORISATIONS DIVERSES



Je soussigné(e), madame ou monsieur.....responsable légale de .....

Autorise notre enfant à participer aux diverses activités organisées par le personnel encadrant et à partir en sortie lorsque cela est prévu au programme d'animation.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Autorise mon enfant à être photographié ou filmé pendant les activités périscolaires et extrascolaires et déclare autoriser la mairie à diffuser ces photos et vidéos (presse, site internet de la commune et page Facebook).	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Autorise mon enfant à rentrer seul(e) après l'école, l'accueil de loisirs et la garderie.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Autorise les personnes nommées par la mairie à utiliser le site CAFPRO afin de calculer votre participation financière aux frais de garde de votre enfant.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

A.....le.....

**Signature**

(précédée de la mention «lu et approuvé »)

# ENTOURAGE DE L'ENFANT



Merci d'indiquer ci-dessous les personnes autorisées à venir chercher l'enfant sur le temps périscolaire et extrascolaire ainsi que les personnes à contacter en cas d'urgence **en dehors des responsables légaux**.

cochez la ou les cases

		cochez la ou les cases	
		Autorisé à venir chercher l'enfant	A prévenir en cas d'urgence
1	Nom		
	Prénom	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	lien avec l'enfant		
	tèl		
2	Nom		
	Prénom	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	lien avec l'enfant		
	tèl		
3	Nom		
	Prénom	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	lien avec l'enfant		
	tèl		

Toute personne étrangère au service devra justifier son identité.

## ASSURANCE



L'enfant possède-t-il une assurance OUI NON

L'assurance est : une responsabilité civile une assurance scolaire et extrascolaire

Assureur : Agent : .....

Compagnie.....

Date de validité...../...../.....

N° de contrat.....

En qualité d'organisateur, la commune a souscrit une assurance responsabilité civile permettant d'indemniser le tiers, victime d'un dommage corporel ou matériel résultant d'une faute qui engage la responsabilité des personnes morales ou physiques assurées. Toutefois, nous attirons votre attention sur l'intérêt de souscrire, à titre personnel, un contrat d'assurance couvrant les dommages corporels qui pourraient survenir à votre enfant et pour lesquels aucune responsabilité n'a pu être dérogée. Nous vous conseillons de vous adresser à votre assureur qui pourra vous renseigner sur ce type d'assurance.

## DECLARATION SUR L'HONNEUR



Je soussigné(e) .....responsable de l'enfant.....déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Je déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs des différents accueils et m'engage à les respecter.

A.....le.....

Signature

(précédée de la mention lu et approuvé)