



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS ANNUELLE 2023-2024**

Valable du 1<sup>er</sup> septembre 2023 au 31 août 2024  
SERVICE JEUNESSE 12 à 17 ANS

**L'enfant**

Nom : ..... Prénom : .....  
Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à .....  
Sexe :  Féminin  Masculin  
Scolarisé :  Collège  Lycée Si oui lequel : .....  
Communique sur les réseaux sociaux :  Facebook  Instagram (possibilité d'en cocher plusieurs)

**Responsables légaux**

Coordonnées du parent 1

Nom : ..... Prénom : .....  
Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....

**Téléphone :**

Domicile : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Travail : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Mail : .....  
Employeur : .....

Coordonnées du parent 2

Nom : ..... Prénom : .....  
Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....

**Téléphone :**

Domicile : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Travail : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Mail : .....  
Employeur : .....

**Situation familiale :**

Marié(e)  union maritale  pacsé(e)  divorcé(e)

En cas de séparation/divorce ou jugement en cours :

Quel parent a la garde permanente ?  Papa  Maman

Si garde alternée, il faudra nous remettre deux fiches distinctes de renseignements  
(Fiche mère et fiche père : Préciser ci-dessous l'organisation de la garde de la mère et père)

Semaine paire : .....  Semaine impaire : .....

Adresse électronique pour la facturation de nos services :

.....  
Veuillez indiquer la même adresse électronique que vous communiquez au Bassin de Pompey pour la gestion du portail famille.

N° allocataire CAF :  Du père  De la mère  
Quotient Familial CAF à renseigner : ..... (Joindre justificatif)  
Avez-vous l'Aide aux Temps Libre :  OUI  NON (joindre justificatif)

## PARTIE 2 : FICHE SANITAIRE

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles et obligatoires pendant l'accueil de votre enfant.*

**Vaccinations : tableau à compléter et fournir les photocopies du carnet de santé**

Vaccins obligatoires	Pratiqué le	Dates des derniers rappels
Diphtérie Tétanos Poliomyélite Coqueluche	___/___/___	

Vaccins recommandés <i>(Obligatoire pour les enfants nés à partir du 01/01/2018)</i>	Pratiqué le	Dates des derniers rappels
<i>Méningocoque C</i>	___/___/___	
<i>Hépatite B</i>	___/___/___	
<i>Infections à pneumocoque</i>	___/___/___	
<i>Rougeole-Oreillons-Rubéole</i>	___/___/___	
<i>Haemophilus influenzae b</i>	___/___/___	
BCG (vaccination antituberculeuse)	___/___/___	

### **Renseignements médicaux concernant l'enfant**

Votre enfant a-t-il eu l'une de ces maladies ? Entourez la bonne réponse

<b>Rubéole</b>	oui	non	<b>Coqueluche</b>	oui	non
<b>Varicelle</b>	oui	non	<b>Otite</b>	oui	non
<b>Angine</b>	oui	non	<b>Rougeole</b>	oui	non
<b>Rhumatisme</b>	oui	non	<b>Oreillons</b>	oui	non
<b>Scarlatine</b>	oui	non			

### **Allergies**

- Asthme  oui  non
- Médicamenteuses  oui, lesquelles.....  non
- Alimentaire  oui, lesquelles...  non
- Régime alimentaire  oui  non  
Si OUI  sans viandes  sans porc (Autres :.....)

- Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI ?  OUI  NON

**Fournir la copie du PAI:**

Votre enfant suit-il un traitement médical ?  Oui, lequel .....  non

Votre enfant est-il suivi par une Auxiliaire de Vie Scolaire ?  oui  non

Son état de santé nécessite-t-il des aménagements dans les activités physiques ?  oui  
 non (si oui, fournir un certificat médical)

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives ? si oui précisez : .....

**Médecin traitant**

Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Adresse : .....

**Personne à prévenir en cas d'accident (autre que les responsables légaux)**

Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

**PARTIE 3 : AUTORISATIONS**

Je soussigné(e) (responsable légal)

.....

**autorise** (cocher ou rayer les mentions inutiles) :

**Mon enfant à rentrer seul jusqu'au domicile (autorisé à partir de 7 ans) et décharge la municipalité et l'équipe d'encadrement de toute responsabilité.**  Oui  Non

M-Mme (personne majeure).....qualité :.....téléphone :.....  
à venir chercher mon enfant.

M-Mme (personne majeure).....qualité :.....téléphone :.....  
à venir chercher mon enfant

Autorise la mairie à m'envoyer des documents/informations via mon adresse mail.  **Oui**  **Non**

Accepte le traitement de mes données et/ou des données de mes enfants.  **Oui**  **Non**

**J'autorise :**

Sans contrepartie, la mairie à publier les photographies sur lesquelles l'enfant apparaît, prises lors d'activités, dans toute publication municipale ainsi que sur le site internet de la commune et renonce aux droits que je détiens sur l'image de l'enfant.  **Oui**  **Non**

Mon enfant à participer aux sorties extérieures organisées lors des accueils.  **Oui**  **Non**

Mon enfant à participer aux activités (sportives, culturelles, manuelles) pratiquées dans le cadre des accueils périscolaires et extrascolaires.  **Oui**  **Non**

Les responsables des services périscolaires et extrascolaires à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.  **Oui**  **Non**

**Je déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs municipaux des services auxquels je souhaite inscrire mon enfant (disponibles à l'accueil de la mairie et sur le site internet de la commune).**

**Je m'engage à les respecter et à régler les frais dont je serais redevable (mention ne pouvant être rayée)**

Fait à ..... le .....

**Signature des parents**

