



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ANNUELLE 2024-2025

Valable du 2 septembre 2024 au 31 août 2025
SERVICES : PERISCOLAIRE – MERCREDI LOISIRS – CENTRE DE LOISIRS –
ADOS 12 à 17 ans – RESTAURATION SCOLAIRE

L'enfant

Nom : Prénom :
Né(e) le : ____/____/____ à
Sexe : Féminin Masculin
Scolarisé : École élémentaire René Thibault École maternelle « Nicole Kierren »
 École maternelle « les enfants Guerquin »

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 :

.....
Veillez 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

Rubéole	oui	non	Coqueluche	oui	non
Varicelle	oui	non	Otite	oui	non
Angine	oui	non	Rougeole	oui	non
Rhumatisme	oui	non	Oreillons	oui	non
Scarlatine	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 àle

Signature des parents

