

| |
|--------------------------------|
| FICHE DE RENSEIGNEMENTS |
|--------------------------------|

| | |
|---------------|--|
| ENFANT | |
|---------------|--|

| | |
|-------|----------|
| Nom : | Prénom : |
|-------|----------|

| |
|-----------------------------|
| Date et lieu de naissance : |
|-----------------------------|

| |
|-----------|
| Adresse : |
|-----------|

| |
|----------------|
| N° téléphone : |
|----------------|

| |
|----------|
| e-mail : |
|----------|

| |
|--------------------------|
| Etablissement scolaire : |
|--------------------------|

| | |
|----------------------------|--|
| RESPONSABLE LEGAL 1 | |
|----------------------------|--|

| | |
|-------|----------|
| Nom : | Prénom : |
|-------|----------|

| |
|----------------------|
| Lien avec l'enfant : |
|----------------------|

| |
|-----------|
| Adresse : |
|-----------|

| |
|----------------|
| N° téléphone : |
|----------------|

| |
|----------|
| e-mail : |
|----------|

| |
|--------------|
| Profession : |
|--------------|

| | |
|----------------------------|--|
| RESPONSABLE LEGAL 2 | |
|----------------------------|--|

| | |
|-------|----------|
| Nom : | Prénom : |
|-------|----------|

| |
|----------------------|
| Lien avec l'enfant : |
|----------------------|

| |
|-----------|
| Adresse : |
|-----------|

| |
|----------------|
| N° téléphone : |
|----------------|

| |
|----------|
| e-mail : |
|----------|

| |
|--------------|
| Profession : |
|--------------|

| | |
|------------------------------|--|
| RENSEIGNEMENTS DIVERS | |
|------------------------------|--|

| | |
|-----------------------------|---------------------|
| N° allocataire CAF ou MSA : | Quotient familial : |
|-----------------------------|---------------------|

| |
|-----------------------------------|
| Nom et N° assurance personnelle : |
|-----------------------------------|

| |
|--------------------|
| Assurance civile : |
|--------------------|

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom et adresse du médecin traitant :

Régime alimentaire particulier :

Allergies connues :

Personnes à prévenir en cas d'urgence (autre que responsables légaux) :

Autorisations parentales :

Cocher les cases ci-après :

- J'autorise l'équipe à prendre en photos mon enfant à des fins pédagogiques (activités, presse, internet...).
- Autorisation de transport et sortie : autorise le personnel à sortir mon enfant par un moyen de transport collectif ou public.
- Autorisation d'administration de médicament : autorise le personnel à administrer les médicaments prescrits par le médecin et sur présentation d'une ordonnance.
- Autorisation d'urgence : autorise le personnel à prendre les mesures d'urgences nécessaires (hospitalisation, pompiers, SAMU...).
- Autorisation de transmission d'informations : autorise la collectivité à utiliser l'adresse E-mail pour toutes correspondances relatives aux activités de la commune. (portail famille, notification de factures, informations diverses, ...)
- Je ne souhaite pas que mon enfants reparte seul de la structure (je m'engage à venir le chercher à la porte de la structure).

La signature du présent document engage le représentant légal à informer la municipalité de toutes modifications de

renseignements ou coordonnées relatives à l'enfant.

Fait à, le / /

Signature :