



# FICHE ENFANT

## Fiche de renseignements

Éditée le 05/07/2018

### Enfant

Nom ..... Prénom ..... Ecole  
 Né(e) le à Classe  
 Sexe F  
 Adresse 0 . N° de Tel du domicile  
 Code Postal 00000 Ville XXX

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
CANTINE				
GARDERIE MATIN				
GARDERIE MIDI				
GARDERIE SOIR				

\* Cocher le ou les jours où votre enfant est inscrit à nos services

\* En cas de planning irrégulier, veuillez fournir un calendrier

### Redevable

Nom ..... Prénom .....  
 Adresse 0 . 00000 XXX  
 Situation familiale : MARIE Adresse mail :  
 N° Allocataire  
 J'autorise la Mairie à télécharger mon quotient sur le site CAF PRO : OUI  NON   
 Assurance Compagnie : N° de contrat :

### Responsable légal Père

Nom ..... Prénom ..... Nom et adresse de l'employeur  
 Tél profes. Portable.  
 Adresse si différente du redevable : .....

### Responsable légal Mère

Nom ..... Prénom ..... Nom et adresse de l'employeur  
 Tél profes. Portable.  
 Adresse si différente du redevable : .....

### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

NOM ; ( ARRIERE GRAND PARENT ) Tel : . - Tel2 :  
 Adresse : 0 00000 XXX  
 NOM. . ( ARRIERE GRAND PARENT ) Tel : . - Tel2 :  
 Adresse : 0 . 00000 XXX

### Fiche Sanitaire

Vaccin	1re Inject	2me Inject	3me Inject	Prochaine	Fait	OK	Remarques
BCG					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DT / POLIO					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ROR					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Renseignements médicaux

Votre enfant est-il allergique (o/n) ?  
 A quoi ?  
 Fait-il l'objet d'un P.A.I (o/n) ?  
 Aliments interdits  
 Repas particulier

Tournez la page svp



### Autorisation en cas d'urgence médicale

#### Au cas ou un médecin ne pourrait pas soigner l'enfant.

Je soussigné(e) .....  
Autorise les responsables à appeler un médecin de leur choix ou à faire appel aux services hospitaliers (en cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital). La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Dans l'attente de mon arrivée, j'autorise l'établissement hospitalier à donner à mon enfant tous les soins que nécessiterait son état, y compris l'autorisation d'anesthésie ou d'intervention chirurgicale.

Date :

Signature :

### Autorisation pour photos et vidéos

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, ..... donne mon accord pour que mon enfant puisse apparaître sur des photos ou vidéos destinées à être diffusées dans la presse à l'occasion de manifestations internes (semaine du goût, ateliers...)

Signature :

### Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, ..... atteste l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir la Mairie de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation professionnelle, situation familiale...).

Je reconnais également avoir pris connaissance des règlements intérieurs des accueils périscolaires, du restaurant scolaire et TAPS.

Signature :

Vous pouvez désormais télécharger votre facture sur le kiosque famille. Souhaitez vous quand même la recevoir par courrier ?    **OUI**    **NON**