



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2024 /2025

**NOM ET PRENOM DE L'ENFANT** .....

Sexe :  M  F Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Ecole fréquentée en 2024/2025: ..... Classe : .....

**RESPONSABLE 1** (nom et prénom) : .....

Adresse .....

Tél. domicile : ..... Tél. portable : .....

Adresse mail (pour envoi informations) : .....

Nom, adresse de l'employeur : .....

Téléphone professionnel : .....

Situation familiale : marié divorcé séparé concubinage veuf/veuve

**RESPONSABLE 2** (nom et prénom) : .....

Adresse .....

Tél. domicile : ..... Tél. portable : .....

Adresse mail (pour envoi informations) : .....

Nom, adresse et n° de téléphone de l'employeur : .....

Téléphone professionnel : .....

Situation familiale : marié divorcé séparé concubinage veuf/veuve

**Adresse de facturation** :  Père et mère  Père  Mère

Numéro allocataire CAF : .....

Quotient familial : .....

**Personne(s) habilitée(s) à récupérer l'enfant à la place des parents et/ou à contacter en cas d'urgence :**

NOM ET PRENOM : .....

Autorisé à : contacter d'urgence  récupérer

N° de téléphone : .....

Lien avec l'enfant : .....

NOM ET PRENOM : .....

Autorisé à : contacter d'urgence  récupérer

N° de téléphone : .....

Lien avec l'enfant : .....

IMPORTANT

Pour que votre dossier soit complet, il faut nous transmettre :

- Une attestation de quotient familial CAF
- Une copie du carnet de santé (pages de vaccination)
- Une copie d'assurance scolaire 2023/2024
- Un RIB (si changement)



Tournez la page

## Autorisations parentales diverses

Je soussigné(e), Madame/Monsieur .....

**AUTORISE** mon fils/ma fille .....

	OUI	NON
Accord de transport en urgence à l'hôpital en cas d'accident		
Autorisation à partir seul (à partir de 6 ans)		
Autorisation de prise de photo (bulletin municipal, etc.)		
Autorisation de sport		
Port d'un appareil auditif		
Port d'un appareil dentaire		
Port de lunettes		

### Règlement

L'inscription au service Enfance/Jeunesse vaut acceptation du règlement de fonctionnement.

### Assurance

Assureur : .....

Numéro de contrat : .....

### Fiche sanitaire

#### VACCINATIONS (A REMPLIR OBLIGATOIREMENT)

Vaccins obligatoires	Fait le	Date de rappel	Vaccins recommandés	Date
DTP			Hépatite B	
Ou DTCP			Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DTCPH			Pneumocoque	
Ou DTCPHBB			BCG	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

### Renseignements médicaux

Allergies : médicamenteuses, alimentaires, asthme, autres... : .....

Nom du médecin traitant : ..... Numéro de téléphone : .....

 L'enfant suit-il un TRAITEMENT MEDICAL PARTICULIER ?.....

**Si oui**, joindre une **ordonnance récente** et les **médicaments** correspondants (boîtes de médicaments **dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant, avec la notice**).  
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

 Indiquez ci-après les éventuelles DIFFICULTES DE SANTE en précisant les précautions à prendre : .....

Je déclare sur l'honneur l'exactitude de ces renseignements, j'ai pris connaissance des conditions d'inscription et de fonctionnement et je les accepte. Je m'engage à signaler tout changement relatif à cette déclaration.

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

Signature du responsable légal