

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

**Enfant**

NOM : ..... Prénom : ..... Sexe : Masculin / Féminin

Date et lieu de naissance : ..... / ..... / ..... .....

Classe : ..... Niveau : .....

**Représentants légaux de l'enfant***ou tiers délégataire décision juge aux affaires familiales*

Situation de la famille\* : Mariage – Pacs - Vie maritale – Divorce – Séparation – Veuvage – Célibataire (\*Entourer la mention correspondante)

En cas de divorce ou de séparation, préciser qui a la garde de l'enfant :  mère  père  garde alternée*Fournir la copie du jugement spécifiant les modalités de garde.***Mère**

Nom : .....

Nom de Jeune Fille : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Tél fixe : .....

Mobile : .....

E-mail : .....

Profession .....

*Eventuellement, Nom et prénom d'un Tiers délégataire :*

.....

*Téléphone :* .....**Père**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Tél fixe : .....

Mobile : .....

E-mail : .....

Profession .....

*Lien avec l'enfant : .....**Adresse : .....**Organisme : .....***Informations complémentaires**

Nombre d'enfants à charge : .....

Nom et prénom du cotisant qui couvre l'enfant : .....

.....

N° de sécurité sociale : .....

Assurance scolaire : Nom de la société ou mutuelle : ..... N° de contrat : .....

Responsabilité civile  OUI  NONIndividuelle accident :  OUI  NON

**Personnes autorisées à récupérer l'enfant** (autre que le responsable légal)

Nom, prénom	Lien de parenté	N° de téléphone mobile et fixe	A contacter en cas d'urgence (Cocher la case)
.....	.....	· ·	<input type="checkbox"/>
.....	.....	· ·	<input type="checkbox"/>
.....	.....	· ·	<input type="checkbox"/>
.....	.....	· ·	<input type="checkbox"/>
.....	.....	· ·	<input type="checkbox"/>

**Renseignements médicaux :**

*Si votre enfant a un problème de santé à prendre en charge sur les temps scolaire et périscolaire, vous devez contacter le directeur de l'école pour l'établissement d'un **Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)** établi avec le médecin scolaire.  
Les agents municipaux ne pourront administrer aucun médicament excepté dans le cadre d'un PAI.*

Renseignements utiles concernant la santé de l'enfant : (allergies ou restrictions alimentaires, médicamenteuse, PAI, autre ...) pendant les temps scolaires, périscolaires **ainsi qu'à la cantine** : .....

PAI déjà mis en place :  OUI  NON

Nom et adresse du médecin traitant : .....

Autre information que vous souhaitez porter à la connaissance de l'école ou du personnel municipal : .....

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité et la santé de mon enfant.  OUI  NON

**Autorisations :**

- Nous acceptons que notre enfant soit photographié ou filmé pendant les activités péri scolaires  OUI  NON
- Nous acceptons leur diffusion  OUI  NON
- Autorisation de communiquer mes coordonnées aux représentants élus des parents d'élèves  OUI  NON

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés sur ce document. Toute fausse information sera passible des poursuites applicables en la matière.

Je m'engage à signaler à l'école et au service périscolaire toute modification des renseignements ci-dessus.  
(Téléphone adresse, email etc.)

A ....., le .....

Signature du père / Signature de la mère / signature du tuteur