



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Restaurant scolaire, accueil matin/soir, mercredi et vacances scolaires.

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

### Père

Nom et Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....

**Tél fixe :** .....

**Portable :** .....

**Mail :** .....

Profession : .....

Nom de l'employeur : .....

Téléphone travail : .....

### Mère

Nom et Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....

**Tél fixe :** .....

**Portable :** .....

**Mail :** .....

Profession : .....

Nom de l'employeur : .....

Téléphone travail : .....

Pour les familles monoparentales ou recomposées, préciser l'adresse du parent qui prend en charge les factures : .....

**N° de sécurité sociale :** .....

**N° allocataire CAF :** .....

**Ou MSA (n° de sécurité sociale)**

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

### 1<sup>er</sup> enfant

Nom : .....  
Prénom : .....  
Né(e) le : .....  
Ecole : ..... Classe : .....

#### **Renseignements médicaux**

Suit-il un traitement et lequel ?

A-t-il des allergies et à quoi ?

Autres difficultés de santé :

Vaccinations à jour :  oui  non

Date du dernier rappel du vaccin

antitétanique : .....

**Joindre la copie du carnet de vaccination avec le nom de l'enfant**

Médecin traitant : .....

Tél : .....

Recommandations ou régime alimentaire particulier :

### 2<sup>e</sup> enfant

Nom : .....  
Prénom : .....  
Né(e) le : .....  
Ecole : ..... Classe : .....

#### **Renseignements médicaux**

Suit-il un traitement et lequel ?

A-t-il des allergies et à quoi ?

Autres difficultés de santé :

Vaccinations à jour :  oui  non

Date du dernier rappel du vaccin

antitétanique : .....

**Joindre la copie du carnet de vaccination avec le nom de l'enfant**

Médecin traitant : .....

Tél : .....

Recommandations ou régime alimentaire particulier :

### 3<sup>e</sup> enfant

Nom : .....  
Prénom : .....  
Né(e) le : .....  
Ecole : ..... Classe : .....

#### **Renseignements médicaux**

Suit-il un traitement et lequel ?

A-t-il des allergies et à quoi ?

Autres difficultés de santé :

Vaccinations à jour :  oui  non

Date du dernier rappel du vaccin

antitétanique : .....

**Joindre la copie du carnet de vaccination avec le nom de l'enfant**

Médecin traitant : .....

Tél : .....

Recommandations ou régime alimentaire particulier :



## AUTORISATION PARENTALE

**1<sup>er</sup> enfant :** Nom et prénom : .....

→ concernant le droit à l'image

autorise       n'autorise pas

les animateurs à prendre mon enfant en photo lors des activités (ex : pour le site internet, des articles dans le bulletin municipal, dans la presse, pour réaliser un montage photo pour l'accueil de loisirs ...)

→  autorise mon enfant à quitter seul l'accueil (périscolaire le soir, mercredi ou vacances)  
 n'autorise pas mon enfant à quitter seul l'accueil de loisirs.

Personnes autres que les responsables légaux autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom, Prénom : ..... Lien de parenté : .....

Nom, Prénom : ..... Lien de parenté : .....

Nom, Prénom : ..... Lien de parenté : .....

**2<sup>e</sup> enfant :** Nom et prénom : .....

→ concernant le droit à l'image

autorise       n'autorise pas

les animateurs à prendre mon enfant en photo lors des activités (ex : pour le site internet, des articles dans le bulletin municipal, dans la presse, pour réaliser un montage photo pour l'accueil de loisirs ...)

→  autorise mon enfant à quitter seul l'accueil (périscolaire le soir, mercredi ou vacances)  
 n'autorise pas mon enfant à quitter seul l'accueil de loisirs.

Personnes autres que les responsables légaux autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom, Prénom : ..... Lien de parenté : .....

Nom, Prénom : ..... Lien de parenté : .....

Nom, Prénom : ..... Lien de parenté : .....

**3<sup>e</sup> enfant :** Nom et prénom : .....

→ concernant le droit à l'image

autorise       n'autorise pas

les animateurs à prendre mon enfant en photo lors des activités (ex : pour le site internet, des articles dans le bulletin municipal, dans la presse, pour réaliser un montage photo pour l'accueil de loisirs ...)

→  autorise mon enfant à quitter seul l'accueil (périscolaire le soir, mercredi ou vacances)  
 n'autorise pas mon enfant à quitter seul l'accueil de loisirs.

Personnes autres que les responsables légaux autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom, Prénom : ..... Lien de parenté : .....

Nom, Prénom : ..... Lien de parenté : .....

Nom, Prénom : ..... Lien de parenté : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal, déclare exacts les renseignements portés sur cette feuille et autorise l'équipe d'animation à prendre les mesures jugées utiles pour mes enfants en cas de soins à donner d'urgence (transport, médecin, hospitalisation).

Acceptation du règlement intérieur (joint à la fiche de renseignements).

**Fait à .....le ..... Signature :**