

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2024/2025

## Les P'tites Bouilles ALSH

PHOTO

### RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT

Nom et prénom de l'enfant : .....

Sexe : ..... Date de naissance : ..... Age : .....

École fréquentée : ..... Classe : .....

N° allocataire CAF/MSA : ..... / N° sécurité sociale : .....

### RENSEIGNEMENTS DES REPRESENTANTS LEGAUX

Nom, prénom (mère/père/tuteur) : .....

.....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Téléphone professionnel : .....

Adresse mail : .....

Situation Familiale : .....

Employeur : .....

Régime : GENERALE / MSA / Autre : .....

Nom, prénom (mère/père/tuteur) : .....

.....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Téléphone professionnel : .....

Adresse mail : .....

Situation Familiale : .....

Employeur : .....

Régime : GENERALE / MSA / Autre : .....

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX - VACCINATIONS AUTRES INFORMATIONS

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant : .....

Régime alimentaire particulier : .....

Port de lunettes  oui  non

Port d'appareil auditif  oui  non

Port d'appareil dentaire  oui  non

Votre enfant sait-il nager  oui  non

Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) fournir une copie

Motif : .....

Suivi :  CMPI  CAMPS  CENTRE DE JOUR

Autres : .....

Vos recommandations pour mieux accompagner votre enfant (antécédents médicaux, chirurgicaux, pathologie chronique ou autre information qui vous semble importante !)

.....

### AUTORISATIONS

- J'autorise mon enfant à être transporté(e) dans le véhicule de service (minibus)
- J'autorise l'hospitalisation d'urgence et la délivrance de médicaments sur ordonnance en cas de besoin
- J'autorise la prise de photos de mon enfant dans le cadre des activités péri et extrascolaires

J'autorise la diffusion des photos sur tirage papier  OUI  NON

dans les bulletins municipaux  OUI  NON

dans les médias  OUI  NON

sur les réseaux sociaux  OUI  NON

J'autorise mon enfant à partir : Seul :  OUI  NON

o... Avec M., Mme : ..... Tel :

o... Avec M., Mme : ..... Tel :

o... Avec M., Mme : ..... Tel :

Je soussigné(e),..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la Communauté de Communes Jabron Lure Vançon Durance à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (soins, hospitalisations) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : .....

Signature du responsable légal :

Photo d'identité récente (moins d'un an)

Copie des vaccinations (carnet de santé)

Copie du livret de famille

Copie de la carte d'identité des responsables légaux

Copie de l'attestation quotient familiale

Copie de l'autorité parentale et du jugement si nécessaire

Assurance extrascolaire en cours de validité

Assurance responsabilité civile en cours de validité

Bon d'Aide au Temps Libre (CAF) si bénéficiaire

documents  
à fournir