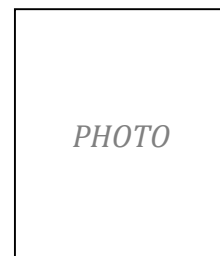


FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2025/2026

Les P'tites Bouilles ALSH



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) :

Nom, prénom (mère/père/tuteur) :

Date de naissance :

Date de naissance :

Adresse :

Adresse :

CP : Ville :

CP : Ville :

Téléphone :

Téléphone :

Téléphone professionnel :

Téléphone professionnel :

Adresse mail :

Adresse mail :

Situation Familiale :

Situation Familiale :

Employeur :

Employeur :

Régime : GENERALE / MSA / Autre :

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

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

Port d'appareil auditif ☐ oui ☐ non

Motif :

Port d'appareil dentaire ☐ oui ☐ non

Suivi : ☐ CMPI ☐ CAMPS ☐ CENTRE DE JOUR

Votre enfant sait-il nager ☐ oui ☐ non

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 la structure à consulter et conserver mes données CAF
- 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)

☐ Assurance extrascolaire en cours de validité

☐ Copie des vaccinations (carnet de santé)

☐ Assurance responsabilité civile en cours de validité

☐ Copie du livret de famille

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

☐ 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