Communauté de Communes
Jabron Lure
Vançon Durance

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2025/2026
# Les P'tites Bouilles ALSH

PHOTO

ALLOCATIONS FAMILIALES
msa santé famille retraite services

## 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 REPRESANTANTS 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 la structure a 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

○.... Avec M., Mme : ..... Tel :

○.... Avec M., Mme : ..... Tel :

○.... 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 :**

**documents à fournir**

- ☐ **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**