



Maternels Primaires




Fiche de Renseignements 2020-2021 l'enfant

NOM Prénom

Fille Garçon Ecole

Date de naissance :

 N° de Sécurité Sociale auquel est rattaché l'enfant

N° Allocataire CAF MSA : NOM du bénéficiaire

NOM et  du contact en cas d'urgence :

Adresse de facturation : Mr /Mme N° rue

Code Postal : COMMUNE :

Courriel :

Autorisations

- Sortie seule de mon enfant** (élémentaire uniquement) ou prise en charge par un mineur (frère/sœur)

Autorise N'autorise pas mon enfant à quitter seul la structure d'accueil
 Autorise N'autorise pas mon enfant à être récupéré par son frère/sa sœur mineur

- Droit à l'image**

Photographie ou film au sein des accueils de loisirs Autorise N'autorise pas
Journaux, bulletins locaux Autorise N'autorise pas
Site internet Autorise N'autorise pas
Réseau Social de la CC EBEP Autorise N'autorise pas




- Ressources annuelles**

Autorise la CC Entre Beauce et Perche à consulter les justificatifs de revenus N-2 (n° CAF via le service CDAP de la CAF).
 N'autorise pas la CC Entre Beauce et Perche à consulter les justificatifs de revenus N-2.(n° CAF via le service CDAP de la CAF). Dans ce cas, l'avis d'imposition est à fournir. En cas de refus, le tarif maximum est appliqué.

Les contacts

Désignation de personnes habilitées majeures

Veillez indiquer, dans le tableau ci-dessous, les personnes habilitées (autres que les responsables légaux) à venir chercher l'enfant et à être prévenues en cas d'urgence.

NOM / Prénom		Lien avec l'enfant	Venir chercher les enfants	Être prévenue en cas d'urgence
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Les responsables légaux



Le responsable légal 1 Autorité parentale oui non

Père Mère Tuteur (trice) Date de naissance :

Marié(e) Union libre Pacsé(e) Veuf (ve) Divorcé(e) Séparé(e) Célibataire

NOM Nom de Jeune Fille Prénom

Conjoint(e) (si différent du Responsable légal 2) : NOM Prénom

Adresse N° rue bât App

Code Postal : COMMUNE

Profession : Employeur :

☎ fixe : ☎ portable : ☎ pro :

Courriel : @

J'autorise l'envoi de courriels : oui non J'autorise l'envoi de SMS : oui non

responsable légal 2 Autorité parentale oui non

Père Mère Tuteur (trice) Date de naissance :

Marié(e) Union libre Pacsé(e) Veuf (ve) Divorcé(e) Séparé(e) Célibataire

NOM : Nom de Jeune Fille : Prénom

Conjoint(e) (si différent du Responsable légal 2) : NOM Prénom :

Adresse : N° rue : bât : App :

Code Postal : COMMUNE :

Profession : Employeur :

☎ fixe : ☎ portable : ☎ pro :

Courriel : @

La situation familiale

Si les adresses sont différentes, la résidence habituelle de l'enfant durant la semaine est fixée chez le :

Responsable légal 1 Responsable légal 2

Garde alternée, merci de préciser le rythme :

Si vous souhaitez faire valoir un jugement relatif à une séparation (garde, autorité parentale, etc.) merci d'en joindre un exemplaire à ce dossier.

Les assurances

L'assurance est obligatoire pour les dommages dont l'enfant serait l'auteur (responsabilité civile) et pour ceux qu'il pourrait subir (individuelle accident).

Responsabilité Civile : oui non Individuelle Accident : oui non

Compagnie d'assurance : N° Police de l'assurance

Les attestations

Je soussigné(e),

Père Mère Tuteur (trice) de l'enfant :

- Certifie l'exactitude des renseignements fournis lors de l'inscription
- Autorise mon enfant à participer aux activités organisées par les structures d'accueil
- Atteste avoir pris connaissance des diverses informations et conditions des structures d'accueil
- M'engage à respecter le règlement en vigueur consultable dans les différentes structures d'accueil
- Autorise le personnel des structures d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant
- M'engage à régler les frais incombant à l'enfant dans les délais exigés

N'oubliez pas de signaler au cours de l'année toute modification qui interviendrait dans votre situation

Fait le à

Signature des responsables légaux

précédée de la mention «Lu et approuvé»

X

Signature du responsable 1 et/ou 2



Réservé à l'administration

Tranches Janv-Déc 2020

T1/ T2/T3/T4/T5/T6/T7/T8/T9/T HCC

Tranches Janv-Déc 2021

Frais administratifs :

Espèces :

Chèque :

CESU :

ANCV :

Les renseignements médicaux



Les vaccinations - copie des vaccins à fournir *obligatoirement* oui

Les vaccins DTP sont obligatoires et doivent être à jour. S'il manque des vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, aucune contre-indication pour le vaccin antitétanique.

Les traitements médicaux

L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? oui non Si oui, lequel :

L'enfant dispose-t-il d'un **PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI)** ? oui non

Si au moins l'une des cases «oui» est cochée, pour assurer la sécurité et l'accueil de l'enfant, il sera demandé de fournir obligatoirement une copie des certificats médicaux et/ou des PAI concernés. **Aucun médicament ne pourra être pris sans PAI accompagné d'une ordonnance.**

Les maladies

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme articulaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

L'enfant souffre-t-il d'allergie ? oui non

Si oui, préciser la cause et la conduite à tenir :

Les difficultés de santé et les recommandations utiles

Votre enfant porte-t-il :

des lunettes oui non

des prothèses auditives oui non

des prothèses dentaires oui non

Autres à préciser :

Difficultés de santé et précautions à prendre :

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? oui non Si oui, à préciser :

Le médecin traitant

Nom :



<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------