



PHOTO DE
L'ENFANT

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS ANNÉE 2020-2021

NOM..... PRÉNOM.....
AGE

STRUCTURE FREQUENTÉE : Centre de loisirs Accueil périscolaire
Temps du midi

ÉTAT CIVIL :

Née le à Département

Domicile de l'enfant :

Tél (domicile) Portable du père :

Portable de la mère :

RESPONSABLE LEGAL 1

Nom: Prénom : Père Mère Tuteur légal

Adresse :

Mail :

N° de Sécurité Sociale :

Employeur :

Lieu de travail..... Tél travail.....

Situation familiale : Marié(e) Pacsé(e) Veuf(ve) Vie maritale Séparé(e) Célibataire

Nom de l'assurance scolaire..... N° de contrat.....

N° allocataire CAF :

Régime sécurité sociale : général autre

RESPONSABLE LEGAL 2

Nom: Prénom : Père Mère Tuteur légal

Adresse :

Mail :

N° de Sécurité Sociale :

Employeur :

Lieu de travail..... Tél travail.....

Situation familiale : Marié(e) Pacsé(e) Veuf(ve) Vie maritale Séparé(e) Célibataire

Nom de l'assurance scolaire..... N° de contrat.....

N° allocataire CAF :

Régime sécurité sociale : général autre

Personnes à joindre en cas d'urgence :

1/ M/Mme
Adresse : Tél

2/ M/Mme
Adresse : Tél.....

L'enfant a-t-il des frères et sœurs ? OUI / NON

Noms/Prénoms/Ages

En cas de garde non exclusive, un dossier par parent est à compléter

En cas de séparation, le parent n'ayant pas la garde est-il autorisé à récupérer l'enfant oui non

FICHE SANITAIRE : Merci de joindre la copie des vaccinations à jour

Vaccins obligatoires	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole, Oreillons, Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
OU DT polio		BCG	
OU Tétracoq		Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Médecin de famille : Docteur

Adresse :

..... Tél

Remarques particulières concernant la santé de l'enfant :

.....

.....

Régime alimentaire particulier :

Sans porc

Sans viande

Sans viande/Sans poisson

Allergie alimentaire : PAI obligatoire

Allergie médicamenteuse : si oui, quel médicament :

Autre pathologie de votre enfant nécessitant un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) oui , précisez:

.....

Informations particulières concernant l'enfant (port de lunettes, suivi particulier...) :

.....

En accord avec la réglementation D.D.C.S., aucun médicament ne pourra être donné à votre enfant sans présentation d'une ordonnance.

Concernant les PAI, un tarif spécial est mis en place pour les parents fournissant le panier repas.

AUTORISATIONS DU CHEF DE FAMILLE :

Je soussigné (e)....., père, mère ou tuteur légal*, de
NOM.....PRÉNOM....., autorise les
responsables de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation,
intervention chirurgicale ...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

1. J'autorise mon enfant (âge minimum 7 ans)à partir seul de la structure d'accueil :
Lundi Heure :..... Mardi Heure :
Mercredi Heure :..... Jeudi Heure :
Vendredi Heure :.....
2. Je n'autorise pas mon enfant à partir seul de la structure d'accueil :
3. J'autorise les personnes suivantes à prendre mon enfant à l'accueil de loisirs et à l'accueil périscolaire :
 - a) M, Mme, Qualité.....
TéléphoneAdresse
 - b) M, Mme, Qualité
 - c) M, Mme, Qualité
 - d) M, Mme, Qualité
 - e) M, Mme, Qualité

Toute personne ne figurant pas sur la fiche de renseignements, ne pourra prendre l'enfant que sur présentation d'une autorisation écrite datée, signée du père / de la mère ou du tuteur légal et d'une pièce d'identité.

4. Dans le cadre des activités extra et périscolaires, j'autorise que mon enfant soit pris en photo ou filmé pour diffusion dans différentes productions écrites et audiovisuelles de la ville (site internet, réseaux sociaux , bulletins municipaux etc...):

5. J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités (y compris sportives) et les sorties de l'accueil de loisirs et des accueils périscolaires.

Joindre un certificat médical (original) si l'enfant est atteint d'une pathologie lui interdisant la pratique de jeux sportifs collectifs et/ou aquatiques.

INFORMATIONS PARTICULIÈRES POUR LA FACTURATION :

Responsable légal payeur :.....

Adresse mail :.....

Les factures sont envoyées par voie électronique.

Si vous souhaitez recevoir vos factures par courrier, merci de cocher la case et d'indiquer l'adresse postale de facturation :

Prélèvement automatique :

Je suis déjà en prélèvement : oui non

Si NON, je désire passer en prélèvement : oui non (si oui, n'oubliez pas de fournir un RIB)

Autres moyens de paiement (à compléter):

PROTECTION DES DONNÉES :

Dans le cadre du RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données), autorisez vous la commune à utiliser vos coordonnées dans le seul but de vous transmettre des informations municipales oui non

Vous pouvez à tout moment faire modifier ou demander la suppression de vos données personnelles dans nos fichiers par mail à scolaire@varenes-jarcy.fr

ATTESTATION SUR L'HONNEUR :

Je soussigné.....**responsable légal 1** de l'enfant nommés dans ce dossier, déclare exacts les renseignements qui y sont portés.

Je m'engage à informer la mairie de tout changement de situation (familiale, financière et concernant la santé de mon ou mes enfants) et ce tout au long de l'année scolaire 2020/2021 et confirme avoir pris connaissance du règlement intérieur des activités périscolaires et extrascolaires.

Je m'engage, dans le respect des mesures de lutte contre la propagation du virus Covid 19, à ne pas confier mon enfant aux accueils périscolaires en cas de symptômes ou de fièvre.

À..... Le
Signature

Je soussigné.....**responsable légal 2** de l'enfant nommés dans ce dossier, déclare exacts les renseignements qui y sont portés.

Je m'engage à informer la mairie de tout changement de situation (familiale, financière et concernant la santé de mon ou mes enfants) et ce tout au long de l'année scolaire 2020/2021 et confirme avoir pris connaissance du règlement intérieur des activités périscolaires et extrascolaires.

Je m'engage, dans le respect des mesures de lutte contre la propagation du virus Covid 19, à ne pas confier mon enfant aux accueils périscolaires en cas de symptômes ou de fièvre.

À..... Le
Signature

SI Vous venez d'emménager à Varenes-Jarcy, souhaitez-vous être convié à la réception des nouveaux habitants ?
Oui Non

*Barrer la mention inutile