



# FICHE ENFANT 2024 – 2025

## INSCRIPTION SCOLAIRE ET PERISCOLAIRE - ECOLES MATERNELLE ET ELEMENTAIRE

ENFANT	
IDENTITÉ	
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	
À :	
Téléphone :	
N° CAF :	Nom de l'allocataire :

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE	
Assureur :	
Numéro de contrat :	

RESPONSABLE LÉGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Catégorie Socio-Professionnelle :	Catégorie Socio-professionnelle :
Profession :	Profession :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin – Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin – Union libre / Pacs (Précisez)
Date de Naissance :	Date de naissance :
Lien : Père / Mère / Autre (Entourez)	Lien : Père / Mère / Autre (Entourez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Téléphone fixe :	Téléphone fixe :
Téléphone portable :	Téléphone portable :
Téléphone professionnel :	Téléphone professionnel :

**PERSONNES À CONTACTER****Autres que les parents**

<b>Contact</b>		<b>Contact</b>	
<b>Nom Prénom :</b>		<b>Nom Prénom :</b>	
<b>Lien :</b> Frère-sœur / Grands-parents / Oncle-tante / Voisins / Amis de la famille... (Précisez)		<b>Lien :</b> Frère-sœur / Grands-parents / Oncle-tante / Voisins / Amis de la famille... (Précisez)	
<b>Téléphone fixe :</b>		<b>Téléphone fixe :</b>	
<b>Téléphone portable :</b>		<b>Téléphone portable :</b>	
<b>Appel en cas d'urgence :</b>	OUI / NON	<b>Appel en cas d'urgence :</b>	OUI / NON
<b>Autorisé à récupérer l'enfant :</b>	OUI / NON	<b>Autorisé à récupérer l'enfant :</b>	OUI / NON

<b>Contact</b>		<b>Contact</b>	
<b>Nom Prénom :</b>		<b>Nom Prénom :</b>	
<b>Lien :</b> Frère-sœur / Grands-parents / Oncle-tante / Voisins / Amis de la famille... (Précisez)		<b>Lien :</b> Frère-sœur / Grands-parents / Oncle-tante / Voisins / Amis de la famille... (Précisez)	
<b>Téléphone fixe :</b>		<b>Téléphone fixe :</b>	
<b>Téléphone portable :</b>		<b>Téléphone portable :</b>	
<b>Appel en cas d'urgence :</b>	OUI / NON	<b>Appel en cas d'urgence :</b>	OUI / NON
<b>Autorisé à récupérer l'enfant :</b>	OUI / NON	<b>Autorisé à récupérer l'enfant :</b>	OUI / NON

<b>Contact</b>		<b>Contact</b>	
<b>Nom Prénom :</b>		<b>Nom Prénom :</b>	
<b>Lien :</b> Frère-sœur / Grands-parents / Oncle-tante / Voisins / Amis de la famille... (Précisez)		<b>Lien :</b> Frère-sœur / Grands-parents / Oncle-tante / Voisins / Amis de la famille... (Précisez)	
<b>Téléphone fixe :</b>		<b>Téléphone fixe :</b>	
<b>Téléphone portable :</b>		<b>Téléphone portable :</b>	
<b>Appel en cas d'urgence :</b>	OUI / NON	<b>Appel en cas d'urgence :</b>	OUI / NON
<b>Autorisé à récupérer l'enfant :</b>	OUI / NON	<b>Autorisé à récupérer l'enfant :</b>	OUI / NON

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES ET MÉDICALES

AUTORISATIONS	Réponse
<b>Partir seul</b> : Nous autorisons notre enfant à partir seul	OUI / NON
<b>Prise de photo</b> : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de votre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures	OUI / NON
<b>Sport</b> : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure	OUI / NON
<b>Hospitalisation</b> : Nous autorisons le responsable 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	OUI / NON

REGIME ALIMENTAIRE	Réponse :
<b>Régime alimentaire</b> : sans porc	OUI / NON

APPAREILLAGE	Réponse
<b>Lunettes</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
<b>Appareil dentaire</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
<b>Appareil auditif</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

HANDICAP	Réponse
<b>Handicap</b> : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapés (MDPH) ?	OUI / NON

P.A.I.	Réponse
<b>P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé)</b> : Votre enfant a-t-il un P.A.I. en cours ? (A transmettre avec le traitement médical)	OUI / NON

DONNÉES COMPLÉMENTAIRES
<b>Problèmes de Santé</b> :
<b>Allergies</b> :

MÉDECIN	TÉLÉPHONE	SPÉCIALITÉ

VACCIN	FAIT LE	DATE RAPPEL
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTCP)		
Coqueluche (ou DTCP)		
Haemophilus Inflenzae B (ou DTCPH)		
Hépatite B		
Méningocoque C		
Pneumocoque		
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)		
Autre :		

## ATTESTATION

Nous soussignés (*)			
Responsables légaux de l'enfant (*)			
<p>- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure, - nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche, - certifions que notre enfant est couvert par une responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels, - autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande, - attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions les renseignements portés par ce formulaire.</p>			
Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

\* A remplir obligatoirement