



# Fiche de renseignements Septembre 2016 - Août 2017 / Plumergat - Mériadec

**NOM de l'ENFANT :** ..... **PRENOM :** .....

Né(e) le : ..... Garçon  Fille

Adresse de l'enfant : .....

Nom de l'école : ..... Classe : .....

Numéro de sécurité sociale de l'enfant : .....

Responsable de l'enfant : Père :  Mère :  Autre (Tuteur...) :

Situation familiale : Mariés :  Vie maritale :  Divorcé(e)/Séparé(e) :  Célibataire :  Veuf :

Nom du père ou Autre : ..... Prénom : ..... Adresse (si différente de l'enfant): ..... Tél Fixe : ..... Tel Portable : ..... Adresse mail : ..... Profession : ..... Tel Travail : ..... <u>Régime :</u> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : ..... <input type="checkbox"/> N°Allocataire : ..... Bénéficiaire : Bon Caf <input type="checkbox"/> Bon MSA <input type="checkbox"/>	Nom de la mère : ..... Prénom: ..... Adresse (si différente de l'enfant): ..... Tél Fixe : ..... Tel Portable : ..... Profession ..... Tel Travail : ..... Adresse mail : ..... <u>Régime :</u> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : ..... <input type="checkbox"/> N°Allocataire : ..... Bénéficiaire : Bon Caf <input type="checkbox"/> Bon MSA <input type="checkbox"/>
---	--

**Autre personne pouvant être contactée en cas d'urgence :**

Nom : ..... Prénom : .....

Tél Fixe : ..... Tél Portable : .....

Lien avec l'enfant : .....

### Assurance :

Le responsable de l'enfant déclare avoir souscrit une assurance responsabilité civile et une garantie individuelle accident.

**Coordonnées de la personne à facturer** (pour toutes nouvelles demandes ou modifications de prélèvement automatique, merci de bien vouloir contacter le service comptabilité.)

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse complète : .....

### Renseignements sanitaires de l'enfant

Nom du médecin traitant : ..... Tél : .....

**L'enfant a-t-il un PAI** (Projet d'Accueil Individualisé) : oui  non

**Merci de bien vouloir fournir une photocopie du PAI ainsi que les traitements médicamenteux aux responsables de chaque structure fréquentée par votre enfant. - OBLIGATOIRE -**

**L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier :** .....

**Vaccinations : Copie des vaccins à jour à transmettre -OBLIGATOIRE-** DTP valable jusqu'au : .....

### L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Rubéole  Varicelle  Angine  Rhumatisme  Scarlatine

Coqueluche  Rougeole  Otite  Oreillons

**Allergies :** Respiratoire  Médicamenteuse  Alimentaires  Autres (à préciser)

Lesquelles et conduite à tenir : .....

**Merci de bien vouloir nous indiquer les éventuels renseignements ou recommandations que vous jugez utile de nous transmettre** (ex: lunettes, prothèses auditives, hospitalisations...) : .....

# AUTORISATION PARENTALE

J'autorise les personnes ci-dessous à venir chercher mon enfant :

NOM(S)	PRENOM(S)	LIEN DE PARENTE	N° TEL FIXE	N° TEL PORTABLE

Une autorisation parentale exceptionnelle devra être fournie, lorsque la sortie de l'enfant s'effectue avec un adulte différent des parents ou des personnes notifiées ci-dessus.

## **Autorisation de sortie :**

J'autorise mon enfant à :

- Participer aux activités sportives et aux sorties organisées par les services.
- Utiliser les moyens de transports mis à dispositions pour les activités extérieurs.
- Rentrer seul le soir à 16h30 après les activités éducatives(TAP).
- Rentrer seul l'après-midi à 15h00 avant les activités éducatives (TAP).
- Rentrer seul le soir après les activités de l'accueil de loisirs extrascolaires à partir de 17h (mercredis et vacances)
- Rentrer seul le soir après les activités de l'accueil de loisirs périscolaire (le soir après l'école) **sur présentation d'une décharge écrite.**

## **Autorisation de soins :**

- Autorise(nt) le personnel des services à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant (ex : transfert en pédiatrie ou aux urgences) et à se conformer à toutes les décisions du médecin/des pompiers concernant les soins d'urgence à donner à mon enfant.
- Décharge(nt) les services de toutes responsabilités pendant le trajet pour consultation chez un médecin généraliste.
- Autorise(nt) de donner la possibilité sous ma responsabilité, la prise par mon enfant, des médicaments prescrits par son médecin traitant, **suivant le double de l'ordonnance (à fournir).**

## **Autorisation de filmer/Photographier :**

- Autorise(nt) les services à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités périscolaires et extrascolaires aux fins d'utilisations par le service lui-même et dans les publications de la commune (presse, site internet de Plumergat...)

## **Autorisation de consultation du site CAF PRO :**

- J'autorise la direction du service enfance-jeunesse, de l'accueil de loisirs et le service comptabilité, à consulter notre dossier allocation CAF PRO, afin d'accéder directement à mon quotient familial (uniquement pour les allocataires CAF).

## **Je m'engage à :**

- Ce que mon enfant soit présent aux activités éducatives de 15h00 à 16h30 durant les périodes choisies.
- Transmettre les doubles des PAI en fonction des lieux d'accueil de mon enfant (à voir avec le médecin)
- Respecter strictement les horaires et décharger l'organisateur de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait survenir en dehors des heures et des lieux où se déroulent les activités.
- Prévenir de tout changement concernant la situation familiale ou la santé de mon enfant.
- Respecter les règlements de fonctionnement des structures d'accueil.
- Rembourser les frais médicaux éventuels avancés par la collectivité.
- Dégager les services de toute responsabilité en cas de perte, de vol ou de détérioration d'objets personnels appartenant à mon enfant.

Je soussigné(e).....  
Responsable légal de l'enfant .....

**Déclare exacts les renseignements mentionnés sur la fiche de renseignements.**

Fait à Plumergat, le ...../...../.....

Signature du responsable légal précédée de la mention « **lu et approuvé** »