

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILLES

Accueils périscolaires – Année 2024-2025

VILLE DE RUELLE SUR TOUVRE



## L'ENFANT

Nom et Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : ..... Lieu de Naissance : .....

Classe : .....

*Mon enfant fréquentera les services suivants au cours de l'année :*

- Accueil périscolaire du matin 7h00-8h30 (garderie payante)
- Pause méridienne (pour les enfants inscrits aux Restaurants Scolaires)
- Accueil périscolaire du soir 16h15-19h00 (garderie payante)

# LA FAMILLE

**Responsable légal.e 1** (destinataire des factures) : Père - Mère - Autre (rayer la mention inutile)

Nom marital : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Né.e le : ..... Lieu de Naissance : .....

Situation familiale : célibataire marié.e vie maritale pacsé.e séparé.e divorcé.e veuf.ve  
(rayer la mention inutile)

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Adresse email : .....

Nom de l'employeur : .....

Téléphone de l'employeur : .....

N° Allocataire CAF ou MSA : .....

Quotient Familial : .....

**Responsable légal.e 2** Père - Mère - Autre (rayer la mention inutile)

Nom marital : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Né.e le : ..... Lieu de Naissance : .....

Situation familiale : célibataire marié.e vie maritale pacsé.e séparé.e divorcé.e veuf.ve  
(rayer la mention inutile)

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Adresse email : .....

Nom de l'employeur : .....

Téléphone de l'employeur : .....

**PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE MON ENFANT EN CHARGE** (autres que responsables légaux) :

Nom, prénom, Téléphone, Lien avec l'enfant :

.....

Nom, prénom, Téléphone, Lien avec l'enfant :

.....

Nom, prénom, Téléphone, Lien avec l'enfant :

.....

# SANTÉ DE L'ENFANT

Numéro de sécurité sociale : .....

Médecin traitant : .....

- VACCINS OBLIGATOIRES À JOUR:    oui             non

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite), fournir un certificat médical de contre-indication.

- ASTHME :                            oui             non

Si oui, cet asthme nécessite-t-il un traitement d'urgence comme la Ventoline, dans ce cas, joindre une ordonnance de moins d'un mois et le médicament dans son emballage d'origine avec la notice correspondante.

- ALLERGIES :

\* ALIMENTAIRE :    oui             non

si oui, précisez causes, symptômes, traitement : .....

\* MÉDICAMENTEUSE :    oui             non

si oui, précisez causes, symptômes, traitement : .....

\* AUTRES ALLERGIES :    oui             non

si oui, précisez causes, symptômes, traitement : .....

- TRAITEMENT MÉDICAL :

L'enfant suit un traitement quotidien :            oui             non

si oui, précisez : .....

Si l'équipe encadrante doit administrer un traitement, joindre obligatoirement les médicaments dans leurs emballages d'origines marqués au nom de l'enfant avec une ordonnance récente dans un contenant plastique avec la photo de l'enfant.

L'enfant a besoin d'un traitement d'urgence :    oui             non

Fournir le protocole d'urgence

- PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI) :

Ces allergies, asthme et /ou pathologie nécessitent-ils la mise en place d'un Projet d'Accueil

Individualisé :    oui             non

Un PAI doit être mis en place pour accueillir l'enfant sur les temps périscolaires (garderies du matin et du soir et temps méridien)

- SUIVI MÉDICAL :

Votre enfant est-il suivi par :

▶ un orthophoniste            oui             non

▶ un pédopsychiatre            oui             non

▶ un institut spécialisé            oui             non

▶ autre (préciser)            oui             non  .....

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- RÉGIME ALIMENTAIRE :

▶ sans porc            oui             non

▶ sans viande            oui             non

▶ autre            oui             non

- AUTRES PARTICULARITES :

- ▶ port de lunettes ou lentilles    oui     non   
Si oui,    permanent                                     occasionnel  (écrans, lecture)
- ▶ appareil auditif                                    oui     non
- ▶ appareil dentaire                                    oui     non

Je soussigné.e,.....

Responsable légal de l'enfant

- Certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche d'inscription et m'engage à les réactualiser si nécessaire,
- Autorise le personnel à prendre mon enfant en photo et/ou vidéo pour les usages suivants :
  - Expositions internes ..... oui / non
  - Articles dans la presse locale ou bulletins municipaux ..... oui / non
  - Site internet et réseaux sociaux des Communes ..... oui / non
- Autorise mon enfant à sortir seul de l'accueil périscolaire du soir..... oui / non

À .....

Le .....

Signature (des deux parents, Responsable légal)

---

PIECES À FOURNIR :

- Copie carnet de santé (vaccins)
- Copie attestation responsabilité civile ou assurance scolaire 2024-2025
- Attestation récente du quotient familial, si non allocataire, fournir votre dernier avis d'imposition
- En cas de séparation, copie du jugement de divorce
- En cas de problème de santé, copie du Projet d'Accueil Personnalisé (PAI)

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSÉ**

**DOSSIER À RETOURNER IMPÉRATIVEMENT EN GARDERIE  
OU A LA MAIRIE AVANT LE 15 JUILLET 2024**