

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILLES

## ANIMATION DE QUARTIERS

### L'ENFANT

Nom et Prénom de l'enfant : .....

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

### LA FAMILLE

**Responsable légal.e 1** : 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

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

Adresse : .....

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

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

Adresse email : .....

Nom de l'employeur : ..... Téléphone de l'employeur : .....

**PERSONNES AUTORISÉES À 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 MEDICAL :**

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 INDIVIDUALISE (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 MEDICAL :**

Votre enfant est-il suivi par :

▶ un orthophoniste oui  non  ▶ un institut spécialisé oui  non

▶ un pédopsychiatre oui  non

▶ autre (préciser) 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)

PIÈCES À FOURNIR :

- Copie carnet de santé (vaccins)
- Copie attestation responsabilité civile ou assurance scolaire (en cours)
- 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 IMPERATIVEMENT  
EN GARDERIE OU À LA MAIRIE**