

SERVICE ENFANCE

(ACCUEIL PÉRISCOLAIRE ET ACCUEIL DE LOISIRS VACANCES)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2020/2021

Enfant :

Nom : Prénom : ☐ M ☐ F
 Né (e) le : Lieu de naissance :
 Ecole fréquentée : Classe :

Représentant 1 : Père – Mère – Autre ①

Nom : Prénom :
 Situation familiale : marié – séparé – divorcé – vie maritale – célibataire – veuf ①
 Adresse :
 Tél domicile : Tél portable :
 Tél professionnel : Adresse mail :
 Régime CAF ou MSA : (**Attestation quotient familial MOIS OCTOBRE 2019 à fournir**)

Représentant 2 : Père – Mère – Autre ①

Nom : Prénom :
 Situation familiale : marié – séparé – divorcé – vie maritale – célibataire – veuf ①
 Adresse :
 Tél domicile : Tél portable :
 Tél professionnel : Adresse mail :

Représentant 3 : Père – Mère – Autre ①

Nom : Prénom :
 Situation familiale : marié – séparé – divorcé – vie maritale – célibataire – veuf ①
 Adresse :
 Tél domicile : Tél portable :
 Tél professionnel : Adresse mail :

En cas de parents séparés ou divorcés, photocopie de l'extrait de jugement de divorce à fournir.

Personnes à prévenir en cas d'urgence et autorisées à venir chercher l'enfant

Nom - Prénom	Lien de parenté	Téléphone

Autorisations :

J'autorise mon enfant à quitter seul (e) l'accueil périscolaire et/ou l'accueil de loisirs vacances :

Oui – Non ①

J'autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités de l'accueil périscolaire et de l'accueil de loisirs vacances y compris les visites et sorties extérieures à pied, à vélo, par transports en commun :

Oui – Non ①

J'autorise les prises de vue (photographie, film) de mon enfant dans le cadre des activités de l'accueil périscolaire et de l'accueil de loisirs vacances ainsi que leur utilisation dans le cadre d'expositions, d'activités basées sur l'image, sur le bulletin municipal et sur le site internet de la commune :

Oui – Non ①

Assurance scolaire (**ATTESTATION À FOURNIR IMPÉRATIVEMENT**)

Compagnie : N° Police :

Médecin :

Médecin traitant :Téléphone :

Renseignements médicaux :

Vaccins (**PHOTOCOPIE CARNET DE SANTÉ À JOUR À FOURNIR IMPÉRATIVEMENT**)

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

Allergies : Asthme Oui – Non ①
Alimentaires Oui – Non ①
Médicamenteuses Oui – Non ①
Autres :

Précisions utiles (difficultés de santé, établissement d'un projet d'accueil individualisé, port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, dentaires) :

.....
.....

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la responsable de l'accueil périscolaire et de l'accueil de loisirs vacances à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgences seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date et signature :

Les données personnelles collectées sont destinées uniquement à la Commune d'YCHOUX pour le traitement de votre demande. Elles sont conservées par nos soins pour la durée nécessaire à l'exécution de nos obligations légales et contractuelles. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations personnelles vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment en adressant votre courrier à Mr CASTAGNÈDE Vincent, Maire de la Commune d'YCHOUX, Rue Félix Arnaud, 40160 YCHOUX. Merci de joindre la copie de votre pièce d'identité.

① Rayer la mention inutile