



Fiche de renseignements – année 2018

ENFANT

Nom : Prénom :
 Date de naissance : Fille Garçon
 Ecole : Classe :
 N° portable éventuel de l'enfant :

ADULTE 1 Père Mère Autre :

Madame Monsieur Autorité parentale : oui non

Marié(e), Pacsé (e), Concubinage, Célibataire, Séparé (e), Divorcé (e), Veuf (Ve)
(Rayer les mentions inutiles)

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél domicile :

Portable :

Email :

Date de naissance :

N° de sécurité sociale :

Profession :

Employeur :

Adresse travail :

.....

Tél travail :

ADULTE 2 Père Mère Autre :

Madame Monsieur Autorité parentale : oui non

Marié(e), Pacsé (e), Concubinage, Célibataire, Séparé (e), Divorcé (e), Veuf (Ve)
(Rayer les mentions inutiles)

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél domicile :

Portable :

Email :

Date de naissance :

N° de sécurité sociale :

Profession :

Employeur :

Adresse travail :

.....

Tél travail :

Adresse de facturation : Adulte 1 Adulte 2 Adulte 1 et 2

REVENUS A compléter obligatoirement

Quotient familial :
 Fournir un justificatif (attestation CAF ou MSA)
 ou

Déclare avoir des revenus supérieurs au plus haut
 quotient familial, ou ne souhaite pas communiquer mon avis
 d'imposition pour le calcul du quotient familial et accepte de
 payer le plus haut tarif.

Nb enfants à charge :

Régime : CAF MSA Département :

Nom allocataire :

Numéro allocataire :

Autorise la Communauté de Communes à utiliser le site
 « CAF partenaire CDAP » pour obtenir mon quotient familial.

À DÉFAUT DE JUSTIFICATIFS DE REVENUS, LE PLUS HAUT TARIF SERA APPLIQUÉ

Fiche sanitaire – année 2018

Nom et prénom de l'enfant :

N° de sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché :

Médecin traitant : Nom / Téléphone :

Régime alimentaire : Allergies alimentaires :

Antécédents médicaux ou chirurgicaux :

Allergie(s), asthme, diabète, ... (joindre un justificatif) :

Maladies (si traitement en cours, joindre ordonnance récente et les médicaments correspondants) :

Recommandations utiles des parents (l'enfant mouille-t-il son lit ? votre fille est-elle réglée ? porte-t-il des lunettes ? ...) :

Vaccinations (se référer au carnet de santé) :

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				BCG	
ou Tétracoq				Autres (préciser) :	

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (Nom / téléphone / lien) :

-

-

-

Autorisations :

Autorise la collectivité à faire pratiquer les soins d'urgence	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autorise mon enfant à être photographié et la collectivité à utiliser légalement son image sur les différents supports de communication.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autorise mon enfant à pratiquer l'ensemble des activités proposées et à se déplacer (à pied, bus, vélo)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Uniquement pour l'espace jeunes : j'autorise mon enfant à se rendre et à rentrer seul de l'espace jeunes.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Je soussigné (e) M, Mme.....

Responsable de l'enfant :

Déclare avoir reçu le règlement intérieur et en accepter les termes

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche

Fait à Le Signature(s) :