



## Fiche de renseignements – année 2020

### 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 : .....

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 : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Adresse travail : .....

.....

Tél travail : .....

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

### Informations relatives au Quotient Familial

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 2020

Nom et prénom de l'enfant : .....

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

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

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/ou filmé 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 |
| <i>Uniquement pour l'espace jeunes</i> : j'autorise mon enfant à se rendre et/ou 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
- Accepte que les informations médicales soient communiquées aux responsables des accueils de loisirs (sous enveloppe cachetée comprenant le nom du mineur concerné) en vue de garantir un accueil adapté et sécurisé pour l'enfant
- Déclare avoir souscrit une assurance responsabilité civile pour les activités péri-scolaires et extrascolaires auprès de ..... avec le n° ..... Il est également conseillé de souscrire une Garantie Accident de la Vie ou une assurance individuelle accident.
- Accepte de recevoir par mail des informations concernant les accueils de loisirs
- Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche

Fait à ..... Le ..... Signature(s) :