


ENFANT	
Identité	Photo
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Date de Naissance :	
A :	
Nom de l'école :	
Classe en septembre 2026 :	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">Fournir une photo</div>

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Numéro :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
<b>Situation familiale :</b> Marié / Divorcé / Pacsé / Autre (Précisez)	
En cas de séparation : souhaitez-vous mettre en place 2 comptes familles : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, merci de nous fournir le planning de garde annuel Si non, qui est en charge du paiement des factures : <input type="checkbox"/> Maman <input type="checkbox"/> Papa <input type="checkbox"/> Les 2 (Ne pas hésiter à nous fournir le jugement le cas échéant)	
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. : Portable :	Tél. : Portable :
Maison :	Maison :
Pro :	Pro :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Adresse employeur :	Adresse employeur :

Indiquez le nombre de personnes à charge au foyer :  
(totalité du foyer : parents + enfants)

PERSONNES A CONTACTER

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Beau- Père / Belle-Mère / Autre (Précisez)		Type : Grand- Père /Grand- Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Frère / Sœur / Autre (Précisez)		Type : Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	Réponse
<b>Partir seul</b> : Si vous souhaitez que votre enfant (de plus de 6 ans) quitte seul la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
<b>Sport</b> : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure. (si l'enfant ne peut pas pratiquer certaines activités physiques, merci de joindre un certificat de contre-indication)	OUI / NON
<b>Hospitalisation</b> : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant  <i>(par mesure de sécurité, nous ne pourrions pas accueillir votre enfant si nous n'avons pas cette autorisation)</i>	OUI / NON

Appareillage	Réponse
<b>Lunettes</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
<b>Appareil dentaire</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
<b>Appareil auditif</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Pratique Alimentaire	A cocher
SANS PORC	OUI / NON
SANS VIANDE NI POISSON	OUI / NON
<b>Intolérance alimentaire</b> :  Votre enfant a une intolérance alimentaire qui ne nécessite pas la prise de médicaments (par exemple : réaction cutanée, vomissements, sans qualification d'urgence) (La CC2V se réserve le droit de demander un PAI si l'intolérance demande un suivi personnalisé)	Type d'intolérance :

Protocole d'Accueil Individualisé	Réponse
L'enfant a une allergie alimentaire qui nécessite la prise de médicaments en cas d'urgence. Dans ce cas, un panier repas et goûter doivent être fourni par la famille (une tarification spécifique est appliquée) Un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) doit être établi	OUI / NON Type d'allergie alimentaire :
Votre enfant est atteint d'une maladie chronique ou de troubles de la santé qui peut nécessiter au cours de l'accueil de loisirs : - Une prise de médicament quotidienne ou en urgence - Des aménagements spécifiques  Un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) doit être établi	OUI / NON Type de maladie, troubles ou allergie :
<b>Handicapé</b> : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON
<b>Si vous avez coché oui, merci de remplir le dossier de PAI</b>	



## ATTESTATION

Nous soussignés (\*),

Responsables légaux de l'enfant (\*)

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,

- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,

- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,

- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,

- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

\* A remplir obligatoirement

### DOCUMENT A FOURNIR AVEC LE DOSSIER COMPLETE ET SIGNEE

*Tout dossier incomplet ne sera pas traité*

PHOTOCOPIE CARNET DE VACCINATION OU ATTESTATION MEDICALE

FICHE DE DROIT A L'IMAGE

AVIS D'IMPOSITION 2026 (SUR L'ANNEE 2025)

ATTESTATION EMPLOYEURS DES 2 PARENTS

DERNIERE PAGE REGLEMENT INTERIEUR SIGNE

Au besoin, PAI