



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ACQ 2026-2027

Cantine, Centres de loisirs, Garderie

N° allocataire CAF :
.....

Renseignements Enfant :

Nom : Prénom :
Date et lieu de naissance : / /
Etablissement scolaire fréquenté :
Niveau de Classe :

Renseignements Responsable légal de l'enfant :

Parent 1

Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
Tél. : .../.../.../.../.....
Adresse mail :
.....
Profession :

Parent 2

Nom :
Prénom :
Adresse (si différente du parent 1) :
.....
Tél. : .../.../.../.../.....
Adresse mail :
.....
Profession :

Personne à prévenir en cas d'urgences : (si nous n'arrivons pas à joindre les parents)

Nom : Prénom :
Tél. Fixe :/...../...../...../..... Tél. Port. :/...../...../...../.....

Coordonnées des personnes autorisées à venir reprendre l'enfant :

<u>Nom Prénom,</u>	<u>N° de téléphone</u>
...../...../...../...../.....
...../...../...../...../.....
...../...../...../...../.....

Autorisation Parentale

Je soussigné(e) Melle, Mme, Mr,, en qualité de père, mère, tuteur (1)

- Autorise à participer à l'ensemble des activités organisées dans le cadre de la cantine et des ACM. (1)
- Autorise les responsables de la cantine et/ou des ACM à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgences médicales, y compris un transport en milieu hospitalier et m'engage à rembourser les frais médicaux éventuels. (1)(2)
- Autorise la prise de photos et de vidéos lors des activités organisées par la mairie à des fins d'illustration dans différents supports de communication : bulletin municipal, sites internet de la mairie, exposition ... (1)
- Autorise mon enfant à quitter seul le centre à la fin des activités (1)

A le / / 20.....

Signature

(1) Rayer les mentions inutiles
(2) Les parents en seront avertis par téléphone bien sûr

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - Renseignements médicaux :

Numéro sécurité sociale :

Nom du Médecin traitant :

Ville : Tél. Fixe :/...../...../...../.....

En cas d'hospitalisation, à quel hôpital souhaitez-vous que nous emmenions votre enfant ?

.....

2 - Renseignements médicaux de l'enfant :

L'enfant suit-il un **traitement médical** quotidien ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	VARICELLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	COQUELUCHE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OTITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ANGINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OREILLONS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	--	---	--	---	---	---	--	--

ALLERGIES :

ASTHME Oui Non ALIMENTAIRES Oui Non MEDICAMENTEUSES Oui Non

AUTRES

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....

JOINDRE OBLIGATOIREMENT :

Une copie des pages du carnet de vaccination ou une attestation d'un médecin en cas de contre-indication

Une photocopie d'une attestation d'assurance extra-scolaire en cours de validité

En cas de dossier incomplet, l'inscription ne sera pas prise en compte

3 - Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...précisez.

.....

.....

.....

4 - Responsable de l'enfant

Je soussigné responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :