



FICHE DE RENSEIGNEMENTS - TEMPS PERISCOLAIRE

École :	Classe :	Niveau :	Année scolaire
---------	----------	----------	----------------

ENFANT			
NOM :		PRÉNOM :	SEXE :
DATE DE NAISSANCE :		LIEU DE NAISSANCE :	

RESPONSABLES LÉGAUX		
	RESPONSABLE 1 (RL1)	RESPONSABLE 2 (RL2)
NOM		
PRÉNOM		
SITUATION FAMILIALE (marié, union libre, ...)		
QUALITÉ (mère, père, tuteur, ...)		
ADRESSE		
EMAIL		
TÉL FIXE		
PORTABLE		
PROFESSION LIEU DE TRAVAIL		
TEL PROFESSIONNEL		

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT <i>(autres que les responsables légaux)</i>			
NOM	PRÉNOM	TEL	QUALITÉ

INSCRIPTION	
☐ GARDERIE ☐ MATIN ☐ SOIR ☐ CANTINE SCOLAIRE	Email de connexion Portail Famille : ☐ RL1 ☐ RL2 ☐ Autre :

FACTURATION			
PAYEUR	☐ Responsable légal 1	☐ Responsable légal 2	☐ Autres
PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE	☐ Oui	Si oui, joindre ☐ mandat de prélèvement SEPA complété, daté et signé ☐ RIB	
	☐ Non	Adresse de facturation	

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE en cas d'incident impliquant votre enfant, nous sommes autorisés à communiquer vos coordonnées ainsi que les références de votre assurance au tiers lésé par le biais d'une « déclaration d'accident »			
ASSUREUR :		NUM :	

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES	
Autorisations	Réponse
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parental dûment datée et signée est obligatoire (à joindre avec cette fiche).	☐ OUI ☐ NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, sur des supports de communication tels que dépliants, reportages télévisuels ou à destination des familles, presse locale, blogs, bulletin municipal, site internet, expositions à l'école).	☐ OUI ☐ NON

Appareillage	Réponse
Lunettes : votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	☐ OUI ☐ NON
Appareil dentaire : votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	☐ OUI ☐ NON
Appareil auditif : votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	☐ OUI ☐ NON

Handicap	Réponse
Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	☐ OUI ☐ NON

Données complémentaires
Auriez-vous des observations à nous transmettre d'ordre médicales ou autres (précautions, hyper ou hypo sensibilité, ...) qui permettraient d'améliorer son accueil durant les temps périscolaire.
.....
.....
.....

INFORMATIONS MÉDICALES										
Nom du médecin traitant						Tel				
Allergies	☐ Asthme ☐ Médicamenteuses ☐ Alimentaires									
Traitement médical	☐ Non	☐ Oui	Lequel ?							
PAI (Projet d'accueil Individualisé)	☐ Non	☐ Oui	Date de la signature :							
☐ En cochant cette case, j'atteste que les 11 vaccins rendus obligatoires pour les enfants nés après le 1 ^{er} janvier 2018 sont mis à jour.										
Maladies	Angine	Coqueluche	Oreillons	Otite	Rhumatisme	Rougeole	Rubéole	Scarlatine	Varicelle	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Pratiques alimentaire (allergies, sans porc, végétarien, ...)	
---	--

En apposant ma signature sur ce document,

J'atteste sur l'honneur, l'**exactitude des renseignements** fournis et m'engage à prévenir la mairie de tout **changement éventuel** (adresse, problème de santé, situation familiale ...).

J'autorise le(s) responsable(s) des activités périscolaires à prendre le cas échéant, toutes **mesures** (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) **rendues nécessaire par l'état** de l'enfant.

Je reconnais **avoir pris connaissance** de tous les documents présents dans le **dossier d'inscription**, consultable en ligne (rubrique Enfance Jeunesse ⇒ Vie périscolaire) et particulièrement le **règlement intérieur** relatif aux activités périscolaires et à la restauration scolaire.

Je déclare approuver son contenu et m'engage à m'y conformer.

Je déclare **avoir pris connaissance des informations relatives au RGPD** (règlement intérieur) et **donné mon consentement.**

Je certifie que mon enfant est couvert par une assurance responsabilité civile

Fait à :

Signature(s) du ou des responsable(s) de l'enfant :

Le : __ / __ / ____