

**FICHE UNIQUE DE RENSEIGNEMENTS  
EXTRA ET PERISCOLAIRE**

**L'ENFANT :**

Ecole : ----- Classe : -----

NOM : -----

Prénom : -----

Sexe : -----

Né(e) le : ----- à (commune) ----- (dép) -----

Adresse :  
-----  
-----

Nom de la responsabilité civile : ----- N°: -----

**LES RESPONSABLES LEGAUX**

**MERE**

**PERE**

Nom : -----

-----

Prénom : -----

-----

Courriel : -----

-----

Adresse : -----  
-----  
-----

-----  
-----  
-----

Tél domicile : -----

-----

Tél portable : -----

-----

Tél travail : -----

-----

Situation familiale(1) Célibataire – Marié(e) – PACS- Veuf(ve) – Divorcé(e) – Séparé(e) – Vie maritale  
Autorité parentale (oui/non)

Référence (numéro d'allocataire) de l'organisme versant les allocations familiales :CAF :

----- MSA : -----

N° de Sécurité Sociale : -----

**Pour toutes les situations particulières concernant l'autorité parentale, il appartient aux parents de joindre une photocopie de la partie de jugement concernant l'enfant.**

**AUTRE RESPONSABLE LEGAL** (personne physique ou morale) : avec autorité parentale (oui/non) : -----

Organisme : -----

Référent : -----

Fonction : -----

Lien avec l'enfant : -----

Adresse : -----  
-----

Tél : ----- Courriel : -----

**PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES  
A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE :**

NOM : -----  A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : -----  Autoriser à prendre l'enfant

Adresse : -----

Tél domicile : ----- Tél portable : -----

NOM : -----  A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : -----  Autoriser à prendre l'enfant

Adresse : -----

Tél domicile : ----- Tél portable : -----

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : ...../...../.....  
Coordonnées du medecin traitant : ..... Tél: .....

**OBSERVATIONS PARTICULIERES** que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'ALAE ou ALSH ou équipe d'animation (allergies, précautions particulières..... **P.A.I. en cours**)

**Régime alimentaire :** .....

### **AUTORISATION D'HOSPITALISATION**

Je, soussigné (e), Mme M. ...., autorise la prise de toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.

### **DROITS A L'IMAGE**

- Je souhaite que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre des activités extrascolaires et périscolaires.
- Je souhaite l'utilisation des photos prises de mon enfant dans le cadre des activités extrascolaires et périscolaires pour des illustrations ou des articles de Montélimar - Agglomération

### **AUTORISATION DE TRANSPORT :**

- Les accueils de loisirs de Montélimar-Agglomération de l'extra et périscolaire que fréquente mon enfant, sont autorisés à transporter mon enfant à bord d'un véhicule de l'agglomération pour se rendre en activité.
- Les accueils de loisirs de Montélimar-Agglomération de l'extra et périscolaire que fréquente mon enfant, ne sont pas autorisés à transporter mon enfant à bord d'un véhicule de l'agglomération pour se rendre en activité.

### **AUTORISATION DE SORTIR SEUL DE L'ACTIVITE EXTRASCOLAIRE OU PERISCOLAIRE** (uniquement pour les enfants de primaire)

- Mon enfant est autorisé à rentrer seul le soir
- Mon enfant n'est pas autorisé à rentrer seul le soir

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs et du périscolaire.

J'ai pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil périscolaire et de l'accueil de loisirs et je l'accepte.

Date :

Nom et prénom du responsable de l'enfant :

Pour acceptation " lu et approuvé" et signature :