



# Fiche de renseignements Enfant

photo

NOM : ..... Prénoms : .....

Date de naissance : ..... Sexe : F  M

Lieu de naissance : ..... Département de naissance : .....

Régime couverture sociale : CPAM  MSA  MGEN  AUTRES

N° de Sécurité Sociale : .....

Compagnie d assurance : .....

N° de Contrat : .....

LES DEUX PARENTS SONT-ILS TITULAIRES PLEINEMENT ET CONJOINTEMENT DE L'AUTORITE PARENTALE ? OUI  NON

Si les deux parents ne sont pas titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale : Joindre la copie de l'acte \*

## Réservé au Service

	Etablissement scolaire fréquenté .....	
	Au moment de l'inscription	Pour l'inscription à venir
Maternelle <input type="radio"/>	Classe .....	Classe .....
Élémentaire <input type="radio"/>	Classe .....	Classe .....

**Nombre total d'enfants à charge déclarés à la CAF ou MSA ou AUTRE :** .....

**Noms et prénoms des frères et sœurs ainsi que l'âge :** Nombre : .....

1er .....	Age : ans	4e .....	Age : ans
2e .....	Age : ans	5e .....	Age : ans
3e .....	Age : ans	6e .....	Age : ans



Nom et Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : .....

## Autorisations

A.L.A.E.

ACCUEIL DE LOISIRS

Je soussigné(e) ..... agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale, autorise l'enfant .....

dont l'image peut apparaître sur les différents supports qu'utilise la ville pour sa communication :

- Photos/vidéos : Oui  Non
- Affiches : Oui  Non
- Presse : Oui  Non
- Plaquettes : Oui  Non
- Dépliants : Oui  Non
- Internet : Oui  Non

Enfants de plus de 6 ans Peut-il quitter seul les structures municipales :

- après la classe du midi Oui  Non
- après la classe du soir Oui  Non
- après le C.L.A.E. ou l'Accueil de Loisirs à midi ou le soir Oui  Non

### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

1° NOM ..... Prénom ..... Tél. ....

Adresse ..... Lien avec l'enfant .....

2° NOM ..... Prénom ..... Tél. ....

Adresse ..... Lien avec l'enfant .....

3° NOM ..... Prénom ..... Tél. ....

Adresse ..... Lien avec l'enfant .....

4° NOM ..... Prénom ..... Tél. ....

Adresse ..... Lien avec l'enfant .....

5° NOM ..... Prénom ..... Tél. ....

Adresse ..... Lien avec l'enfant .....



Nom et Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : .....

## Fiche médicale destinée au service Enfance-Jeunesse

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

NOM du médecin traitant : .....

Adresse : .....

Tél. ....

L'enfant présente-t-il des troubles de santé particuliers, si oui, lesquels (ex : allergies, asthme, intolérances, etc...)

Du fait de cette maladie, l'enfant suit-il un traitement médical (permanent ou ponctuel) particulier ?

**Oui**                       **Non**

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants si ceux-ci doivent être administrés pendant son temps d'accueil.

En fonction du degré des troubles de santé de votre enfant, une procédure particulière sera mise en route.

recommandations particulières des parents .....

### Vaccinations

. Vaccins obligatoires : D.T.P.

Date du dernier rappel : .....

Si l'enfant n'est pas à jour des vaccinations obligatoires, joindre obligatoirement un certificat de contre-indication

Je soussigné(e) .....

Certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés sur les Fiches 1 - 2 et 3 de ce dossier.

A..... Le .....  
 Signature,



Nom et Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : .....

## Certificat Médical *destiné au service Enfance-Jeunesse*

(à faire remplir par le médecin ou sur papier libre)

Je soussigné(e) Dr ..... certifie avoir  
examiné .....

..... né(e) le .....

et le déclare apte à pratiquer toutes les activités sportives et nautiques mises en place dans  
le cadre des programmes d'animation des différentes structures municipales (Service  
Enfance-Jeunesse, Service des Sports), excepté (citer exactement les activités non praticables)

Fait à ....., le .....

Cachet et signature du médecin obligatoires,