

**Enfant :**     Garçon     Fille  
 NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
 Né(e) le : \_\_\_\_\_  
 Ecole fréquentée : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_  
 Numéro CAF-MSA : \_\_\_\_\_

PHOTO  
 DE  
 L'ENFANT

Périscolaire     Mercredi     Centre de loisirs vacances     Cantine Scolaire

RESPONSABLES LEGAUX

**Parent 1 :**    Mère     Père     Autorité parentale  Oui  Non

Situation familiale :  Marié(e)     Célibataire     Séparé(e)/divorcé(e)     Concubin     Pacsé(e)     Veuf(ve)

Nom de naissance : -----

Nom d'usage : -----

Prénom : -----

Adresse : -----

Code Postal : ----- Commune : -----

Portable : ----- Téléphone domicile : -----

Mail -----

Profession : -----  
 Employeur : -----  
 Numéro de travail : -----

**Parent 2 :**    Mère     Père     Autorité parentale  Oui  Non

Situation familiale :  Marié(e)     Célibataire     Séparé(e) /divorcé(e)     Concubin     Pacsé(e)     Veuf(ve)

Nom de naissance : -----

Nom d'usage : -----

Prénom : -----

Adresse : -----

Code Postal : ----- Commune : -----

Portable : ----- Téléphone domicile : -----

Mail -----

Profession : -----  
 Employeur : -----  
 Numéro de travail : -----

**PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (autre que les parents)**

NOM	PRENOM	N° TELEPHONE	LIEN A L'ENFANT

**PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (autre que les parents) :**

NOM	PRENOM	N° TELEPHONE	LIEN A L'ENFANT

ENFANT DE + DE 8 ANS AUTORISE A QUITTER LE PERISCOLAIRE OU LE CENTRE DE LOISIRS SEUL : **OUI** OU **NON**

**Précisez les jours et heures :** .....

Merci de joindre :

- Photocopie des vaccins de l'enfant + Fiche sanitaire
- Carte d'identité d'un des deux parents (si non donné l'année précédente)
- Attestation CAF ou MSA pour calcul du quotient familial
- Cotisation adhérent cantine scolaire de 30 € par chèque (à l'ordre de « cantine scolaire) par famille

L'inscription aux services Enfance Jeunesse et/ou cantine scolaire vaut acceptation des règlements de fonctionnement.

FAIT LE :

SIGNATURES :

<b>NOM :</b>	<b>PRENOM :</b>
<b>GENRE :</b> FEMININ / MASCULIN	
<b>DATE DE NAISSANCE et LIEU DE NAISSANCE :</b>	
<b>GROUPE SANGUIN :</b>	
Numéro de Sécurité Sociale :	

**DATE DES DERNIERS RAPPELS DE VACCINS (Copie du carnet de vaccination obligatoire)**

D.T.Polio	Coqueluche	Haemo Infl. b	Pneumocoque	Hépatite B	R.O.R	Meningocoque

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER :

L'ENFANT BENEFICIE-T-IL D'UN PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE P.A.I ? **(Obligatoire en cas d'allergie ou traitement)**

- Allergies :

- Traitement :

L'ENFANT A-T-IL ou A-T-IL EU **DES DIFFICULTES DE SANTE ?** (MALADIE, ACCIDENT, HOSPITALISATION, OPERATION,)

**MEDECIN TRAITANT :**

NOM :

ADRESSE :

TEL :

Je soussigné....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du Service Enfance et la cantine scolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant pendant toute l'année scolaire en cours.

Autorisation photographique-vidéo :

*Date :*

*Signature :*