

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**  
Accueil Périscolaire / Restauration scolaire  
Accueil Collectif de Mineurs

**ENFANT**

**NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**Né(e) le**    /    /    **à** \_\_\_\_\_

**École fréquentée :** \_\_\_\_\_

**N° sécurité sociale** (auquel est rattaché l'enfant) : \_\_\_\_\_

**Nom et n° de la compagnie d'assurance extra-scolaire** (merci de fournir une attestation) :

\_\_\_\_\_

**REPRÉSENTANTS LÉGAUX**

**Situation familiale :**    Célibataire    Marié(e)s    Veuf(ve)    Vie maritale    Pacsé(e)s

	Parent 1	Parent 2
NOM, Prénom		
Date de naissance		
Adresse du domicile		
Adresse e-mail (obligatoire)		
Tél. domicile		
Tél. portable		
Tél. travail		
Profession		
Nom de l'employeur		
Adresse employeur		
N° allocataire CAF/MSA		
Quotient familial		
Si garde alternée, préciser semaine paire/impair		

## Nom et coordonnées des personnes à contacter (autre que les parents) **OBLIGATOIRE**

NOM - Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone	Autorisé à récupérer mon enfant		A prévenir en cas d'urgence	
			Oui	Non	Oui	Non
			Oui	Non	Oui	Non
			Oui	Non	Oui	Non
			Oui	Non	Oui	Non
			Oui	Non	Oui	Non

### RESTAURATION SCOLAIRE

#### Merci de prendre connaissance du règlement intérieur

La réservation des repas de mon enfant à l'année se fait directement sur le portail famille

Régime alimentaire :    Sans porc                      Sans viande                      Non

PAI (Projet d'Accueil Personnalisé) :    Non            Oui : préciser (fiche sanitaire de liaison)

Observations particulières : \_\_\_\_\_

### FACTURATION

#### ADRESSE DE FACTURATION

La facture sera automatiquement libellée aux noms des deux parents.

En cas de séparation des parents, merci de préciser les modalités de facturation souhaitées et de joindre un justificatif (jugement ou attestation signée des deux parents) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Dans le cadre de la mise en place d'une tarification sociale, pensez à préciser votre quotient familial (QF) en page 1. Le plein tarif sera appliqué à la famille en l'absence de cette information.**

#### ENGAGEMENT

En inscrivant mon enfant aux prestations proposées par la commune, je m'engage à honorer les factures correspondantes.



## AUTORISATIONS / ATTESTATIONS

Je soussigné, \_\_\_\_\_, responsable légal

Autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par le Service Enfance Jeunesse

Certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire (fournir l'attestation)

Autorise les responsables de la structure à administrer à mon enfant, tous les soins nécessités par son état y compris une intervention chirurgicale en cas d'urgence.

Autorise mon enfant à partir seul des accueils périscolaires (à partir du CE2) : à partir de \_\_\_\_h\_\_\_\_

Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur (voir site internet de la Mairie et sur Portail familles)

Accepte de recevoir par courriel les informations relatives Service Enfance Jeunesse

Accepte de recevoir les factures par courriel

Atteste que mon enfant est à jour de ses vaccins

Autorise la commune à utiliser l'image de mon enfant sur différents supports d'informations :

Magazine et communication municipale    Presse locale    Site Internet/réseaux sociaux    Portail familles

Toutes modifications en cours d'année au présent document doivent être signalées au service Enfance-Jeunesse :

centre-loisirs@ville-marans.fr ou 05 46 01 06 97

La commune n'est pas responsable des conséquences résultant d'informations erronées mentionnées sur cette fiche.

*Conformément à la loi N° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données à caractère personnel vous concernant.*

Fait à Marans, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal 1

Signature du représentant légal 2



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Garçon      Fille

**Vaccinations** (merci de joindre impérativement la copie des pages vaccination du carnet de santé)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date
Diphtérie			
Poliomyélite			
Ou DT polio			
Ou Tétracoq			

Vaccins recommandés	Oui	Non	Date
Hépatite B			
Rubéole-Oreillons-Rougeole			
BCG			
Autres			

**Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.**

**Renseignements médicaux concernant l'enfant** (prendre rendez-vous avec le responsable du service Enfance-Jeunesse de la Mairie) : centre-loisirs@ville-marans.fr ou 05 46 01 06 97

**Votre enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ?**      Oui      Non

Si oui préciser : \_\_\_\_\_

**L'enfant suit-il un traitement médical ?**      Oui      Non

Si oui, lequel : type de traitement : \_\_\_\_\_

**Observations particulières :** \_\_\_\_\_

**Allergies :**      **Asthme :**      Non      Oui  
**Allergies médicamenteuses :**      Non      Oui, préciser :  
**Allergies alimentaires :**      Non      Oui, préciser :

**Autres :** \_\_\_\_\_

**Préciser la conduite à tenir en cas de crise** (si automédication, le signaler) :  
\_\_\_\_\_

**Votre enfant a-t-il des besoins spécifiques au quotidien ?** Si oui, préciser lesquels :  
\_\_\_\_\_

**Indiquer ci-dessous les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :**  
\_\_\_\_\_

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

Oui      Non      Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

Je soussigné, \_\_\_\_\_,

représentant légal 1 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.

Fait le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal 1

Je soussigné, \_\_\_\_\_,

représentant légal 2 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.

Fait le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal 2

