

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

