

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Accueil Périscolaire / Restauration scolaire  
Accueil Collectif de Mineurs

ECOLE FREQUENTEE : \_\_\_\_\_

### ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : / / à : \_\_\_\_\_

Régime :  Général  M.S.A  Autres : préciser

Tél. : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

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

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

### REPRESENTANTS 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 mail ( <i>obligatoire</i> )		
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 / semaine impaire		

1

**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**

\* Réservation repas de mon enfant à l'année (cochez les jours) :

- Lundi       Mardi       Jeudi       Vendredi  
 Jamais       Autre (merci de contacter le service enfance-jeunesse de la mairie : [center-loisirs@ville-marans.fr](mailto:center-loisirs@ville-marans.fr) ou 05 46 01 06 97)

\* Régime alimentaire :  Sans porc       Sans viande

\* 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](mailto: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.*

Marans, le \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal 1

Signature du représentant légal 2



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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

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

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Garçon

Fille

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

Vaccins obligatoires

	Oui	Non	Date (dernier rappel)
Diphthérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT polio			
Ou Tétracoq			

Vaccins recommandés

	Oui	Non	Date (dernier rappel)
Hépatite B			
Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Coqueluche			
BCG			
Autres (préciser)			

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](mailto: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) : \_\_\_\_\_

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.

Date : \_\_\_\_\_

Signature :

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.

Date : \_\_\_\_\_

Signature :



