



FICHE DE RENSEIGNEMENTS



Ce questionnaire est à remettre en mairie accompagné de la fiche sanitaire, de la copie du carnet de vaccinations et de l'attestation d'assurance.

1. IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom et prénom de l'enfant :
Classe :.....
Date et lieu de naissance:
Adresse:

2. IDENTITÉ DES PARENTS

Nom et prénom du père :
Adresse :
Profession : Tél. professionnel :
Tél. fixe : Tél. portable :
N° allocataire CAF MSA :

Nom et prénom de la mère :
Adresse :
Profession : Tél. professionnel :
Tél. fixe : Tél. portable :

N° allocataire CAF MSA :
Situation matrimoniale : Union libre Pacsés Mariés Séparés Divorcés Veuf
Nombre d'enfants communs :

Nom et prénom du responsable légal (si différent père/mère ou si parents séparés) :
.....

Adresse :
Profession : Tél. professionnel :
Tél. fixe : Tél. portable :
N° allocataire CAF MSA :

3. FACTURATION

Nom et adresse de facturation :
.....

4. MAILING

Les informations aux familles et factures seront désormais transmises uniquement par mail.

Indiquer un mail consulté régulièrement :

5. PERSONNES A CONTACTER EN CAS DE PROBLÈME

Indiquer de préférence les coordonnées de personnes proches géographiquement

Nom et prénom :

Qualité (précisez lien de parenté ou ami, voisin, etc.) :

Tél. fixe : Tél. portable :

Nom et prénom :

Qualité (précisez lien de parenté ou ami, voisin, etc.) :

Tél. fixe : Tél. portable :

Nom et prénom :

Qualité (précisez lien de parenté ou ami, voisin, etc.) :

Tél. fixe : Tél. portable :

6. PERSONNES AUTORISÉES A REPRENDRE L'ENFANT

Autres que parents et responsable légal

Nom et prénom :

Qualité (précisez lien de parenté ou ami, voisin, etc.) :

Tél. fixe : Tél. portable :

Nom et prénom :

Qualité (précisez lien de parenté ou ami, voisin, etc.) :

Tél. fixe : Tél. portable :

Nom et prénom :

Qualité (précisez lien de parenté ou ami, voisin, etc.) :

Tél. fixe : Tél. portable :

Nom et prénom :

Qualité (précisez lien de parenté ou ami, voisin, etc.) :

Tél. fixe : Tél. portable :

L'enfant est également autorisé à partir seul, non accompagné : **Oui** **Non**

7. RENSEIGNEMENTS DIVERS

Assurance responsabilité civile :

Nom et adresse de la Cie d'assurance :

N° de police :

(Nous remettre une attestation d'assurance comprenant une garantie « individuelle accident »)

N° de sécurité sociale :

Mon enfant porte : des lunettes des prothèses auditives des prothèses dentaires

Allergies : OUI NON

Si oui, précisez :

Régime alimentaire spécial : sans porc sans viande

Contre-indication à la pratique d'une activité sportive : OUI NON

Si oui, précisez :

Si oui, nous remettre un certificat médical

Droit à l'image :

J'autorise la collectivité à prendre en photo mon enfant dans le cadre des activités sportives et à diffuser les images sur des supports de communication municipale (Presse locale, site internet de la commune, bulletin municipal, exposition,...). OUI NON

Par la présente,

J'autorise le directeur (ou son représentant) à faire pratiquer les interventions médicales nécessaires à l'état de santé de mon enfant.

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités périscolaires et extrascolaires proposées (sauf contre-indication médicale).

J'autorise mon enfant à sortir du lieu d'accueil pour participer à des activités extérieures accompagnées (ex : gymnase, piscine...).

Je déclare avoir reçu et avoir pris connaissance du règlement intérieur des centres sportifs et m'engage à le respecter et à le faire respecter par mon enfant.

Je soussigné(e)

.....

Atteste de l'exactitude des renseignements et informations transmis ci-dessus.

Fait à le

Signature :