

L'ENFANT

Sexe : M F Nom : Prénoms :

Né(e) le Commune de naissance Département de naissance :

Classe 2025 / 2026 :

RESPONSABLE LEGAL 1

Statut : Père Mère Tuteur Autre :

Nom : Prénom :

Adresse : code postal

Commune : L'élève habite-t-il à cette adresse ? Oui Non

☎ Domicile : ☎ Portable : ☎ Travail :

Mail :

RESPONSABLE LEGAL 2

Statut : Père Mère Tuteur Autres :

Nom : Prénom :

Adresse : code postal

Commune : L'élève habite-t-il à cette adresse ? Oui Non

☎ Domicile : ☎ Portable : ☎ Travail :

Mail :

Numéros utiles

Numéro de sécurité sociale qui couvre l'enfant

Adresse du centre de sécurité sociale

Organisme d'assurance en responsabilité civile

Numéro de police d'assurance

PERSONNE SUPPLEMENTAIRE

Nom : Prénom : Tél1 tel2 :

Lien avec l'enfant : autorise à venir chercher l'enfant autorise à prévenir en cas d'urgence

PERSONNE SUPPLEMENTAIRE

Nom : Prénom : Tél1 tel2 :

Lien avec l'enfant : autorise à venir chercher l'enfant autorise à prévenir en cas d'urgence

PERSONNE SUPPLEMENTAIRE

Nom : Prénom : Tél1 tel2 :

Lien avec l'enfant : autorise à venir chercher l'enfant autorise à prévenir en cas d'urgence

PERSONNE SUPPLEMENTAIRE

Nom : Prénom : Tél1 tel2 :

Lien avec l'enfant : autorise à venir chercher l'enfant autorise à prévenir en cas d'urgence

PERSONNE SUPPLEMENTAIRE

Nom : Prénom : Tél1 tel2 :

Lien avec l'enfant : autorise à venir chercher l'enfant autorise à prévenir en cas d'urgence

Si vous n'autorisez pas la publication de photos ou de vidéos de votre enfant, merci de le préciser ici :

N° Allocataire CAF (si bénéficiaire) :

La facturation sera toujours établie au nom du responsable légal 1 (sauf contre-indication écrite de votre part).

Restaurant scolaire :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Transport scolaire :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Accueil périscolaire matin	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Activité à thème 16h00/17h00 ou goûter/activité pour les maternelles	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Accueil périscolaire soir :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

DIFFICULTES DE SANTE

L'enfant est-il allergique ? Asthme Alimentaire Médicamenteuse Autre :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

Régime alimentaire (sans porc, sans viande, végétarien, ...) :

Indiquez les problèmes de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation) de l'enfant en précisant les dates et les éventuelles précautions à prendre :

L'enfant suit un traitement médical : Oui Non

Si oui, vous devez joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

AUTRES RECOMMANDATIONS

Autres informations utiles au sujet de l'enfant : (lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires, etc... et précautions à prendre)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES (DT POLIO)

Photocopie de la double page 90/91 du carnet de santé (ou attestation de vaccination)

EN CAS D'URGENCE

Un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté (une photocopie de cette fiche d'urgence sera remise aux secours).

La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

SIGNATURE

Je certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche et m'engage à informer le service de tout changement. Je déclare avoir pris connaissance et accepter le règlement intérieur en vigueur

Lu et approuvé

Fait à Le

Signature du Responsable Légal