

Enfant : NOM : ..... Prénom : ..... Né(e) le : ..... / ..... / .....  
 École fréquentée (année en cours) : ..... Niveau de Classe : .....

<b>Responsable légal 1</b> <b>Autorité parentale : oui/non</b> (rayer la mention inutile)	<b>Responsable légal 2</b> <b>Autorité parentale : oui/non</b> (rayer la mention inutile)
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse:	Adresse:
Tél. Maison :	Tél. Maison :
Tél. Portable :	Tél. Portable :
Profession :	Profession :
Tél. Travail :	Tél. Travail :

**Situation des parents**

Mariés  Pacsés  Union libre  Célibataire  Divorcés  Veuf (ve)  Séparé(e)

**En cas de séparation ou de divorce**

- La résidence principale de l'enfant est fixée chez :

Responsable légal 1 : père / mère / tuteur\*  Responsable légal 2 : père / mère / tuteur\*

\*rayer les mentions inutiles

- La garde de l'enfant est :  partagée  alternée  exclusive

**Renseignements obligatoires en cas d'accident**

N° d'immatriculation Sécurité Sociale dont dépend l'enfant : .....

L'enfant est-il assuré ?  Responsabilité civile  Individuelle accident

Nom de l'assureur : ..... N° de Contrat : .....

N° allocataire CAF :

**Renseignements médicaux**

- **Vaccinations** → Joindre les pages concernant les vaccinations

- **Traitements médicaux et allergies \***

L'enfant suit-il un traitement médical ? **oui**  **non**

L'enfant a-t-il des allergies ? **oui**  **non**

**Si oui, établir un PAI\*** (Projet d'Accueil Individualisé) **avec la direction d'école et périscolaire** (y joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants dans une trousse au nom de l'enfant).

Si oui, la(les)quelle(s) : .....

*\*L'établissement d'un Projet d'Accueil Individualisé est impératif dans le cas où l'accueil de votre enfant nécessite un traitement particulier, par exemple, la mise en place d'un panier repas en cas d'allergie alimentaire, prise de médicament dans le cadre d'un traitement régulier, ...*

• **Recommandations utiles des parents :**

L'enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires, autre\* : .....

\* rayer les mentions inutiles

**Renseignement restauration**

Votre enfant mange-t-il de la viande de porc ? **oui**  **non**

Cocher la case correspondante		Autorisations parentales
Oui	Non	Soins
		J'autorise dès lors le personnel à prendre toutes dispositions urgentes pour les premiers secours et soins en mon absence
		J'autorise le personnel de la structure d'accueil à contacter les personnes responsables légales de l'enfant devant être prévenues dans les plus brefs délais
		J'autorise le transfert aux urgences
		J'autorise l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.
		J'autorise mon enfant à participer à des sorties, et le cas échéant à prendre le car, le minibus ou les transports en communs
		<b>Images</b>
		J'autorise mon enfant à être filmé/photographié aux fins d'utilisation des projets pédagogiques interne à l'accueil de loisirs et à la communication municipale
		<b>Départ de la structure</b>
		J'autorise mon enfant.....à partir seul(e) de la structure à .....h.....
		<b>Animation</b>
		J'autorise mon enfant à être maquillé

Autorise les personnes **âgées de 13 ans révolus** mentionnées ci-dessous à venir chercher mon enfant à la structure sur présentation d'une pièce d'identité.

NOM- PRENOM	ADRESSE	LIEN DE PARENTE	N° TELEPHONE

Je soussigné(e), Mme, M./\*..... responsable légal(e) en qualité de père-mère-tuteur légal(e)\* confirme que cette fiche est déposée et renseignée en concertation entre les responsables légaux.

\* rayer les mentions inutiles

Taverny le.....

**Signature du /des responsables légal(ux)**