

ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le ..... Fille  Garçon

Ecole fréquentée : ..... Classe à la rentrée : .....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

Nom médecin traitant : ..... N° de tél médecin traitant : .....

N° de sécurité sociale sous lequel est inscrit l'enfant : .....

Indiquez ci-après les difficultés de santé en précisant les précautions à prendre :

.....  
.....

**Recommandations utiles des parents :**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.

.....  
.....

→ **Vaccinations**

Fournir obligatoirement les photocopies du carnet de santé OU une attestation du médecin concernant la vaccination

→ **Allergies**

● *Alimentaire* : Oui  Non

Si oui lesquelles ? .....

.....

● *Médicamenteuse* : Oui  Non

Si oui lesquelles ? .....

.....

● *Autre* : Oui  Non

Si oui lesquelles ? .....

.....

● *Asthme* : Oui  Non

Si oui, automédication Oui  Non

Si oui, fournir l'ordonnance médicale (de moins de 2 mois) et l'Annexe 3.

## RESPONSABLE LEGAL

RESPONSABLE LEGAL 1	RESPONSABLE LEGAL 2
NOM et Prénom : .....	NOM et Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
..... CP : .....	..... CP : .....
Commune : .....	Commune : .....
Tél domicile : .....	Tél domicile : .....
Tél portable : .....	Tél portable : .....
E-mail : .....	E-mail : .....
Profession : .....	Profession : .....
Nom et adresse de l'employeur : .....	Nom et adresse de l'employeur : .....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
Tél travail : .....	Tél travail : .....
N° de sécurité sociale : .....	N° de sécurité sociale : .....

Famille d'accueil : .....
Adresse : .....
Tél domicile : ..... Tél portable : .....

## SITUATION FAMILIALE

Joindre le rapport du juge en cas de garde alternée ou attribuée à l'un des deux parents

Mariés/pacsés  Vie maritale  Parent seul  Séparés/divorcés\*

\* Dans ce cas, personne ayant la charge des enfants :  Père  Mère  Garde alternée

**Adresse de facturation :**  Père  Mère  Famille d'accueil

## REGIME

Il est indispensable de nous communiquer votre numéro d'allocataire et une attestation de votre organisme de rattachement

- CAF N° d'allocataire : ..... Quotient : .....
- RSA N° d'allocataire : .....
- MSA N° d'allocataire : ..... Quotient : .....
- Autre (précisez) : .....

**COMPAGNIE D'ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE / ACTIVITES EXTRASCOLAIRES**

Nom : ..... N° de contrat : .....

**PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT**

Nom et Prénom	Téléphone domicile	Téléphone portable

**AUTORISATIONS**

① **J'autorise / je n'autorise pas** (*razer la mention inutile*) la Commune de Cleurie à accéder au quotient familial CAF via la plateforme de la CAF ;

② **J'autorise / je n'autorise pas** (*razer la mention inutile*) mon enfant à participer aux activités et à pratiquer les sports proposés par la structure ;

③ **J'autorise / je n'autorise pas** (*razer la mention inutile*) la prise de photos et de vidéos par les animateurs périscolaires lors des activités organisées par ceux-ci à des fins d'illustration dans différents supports de communication : presse, site internet de la collectivité, exposition etc. ;

④ **J'autorise / je n'autorise pas** (*razer la mention inutile*) les animateurs périscolaires à administrer le(s) médicament(s) prescrit par ordonnance à mon enfant selon les renseignements indiqués dans l'Annexe 3 et sur l'ordonnance médicale ;

⑤ **J'autorise / je n'autorise pas** (*razer la mention inutile*), en cas d'urgence médicale, le responsable du service périscolaire et extrascolaire (ou son représentant) à contacter un service d'urgence (Pompiers, SAMU) et/ou le médecin traitant, pour que puisse être pratiqués les soins nécessaires (hospitalisation, intervention chirurgicale...). Je serai averti(e) immédiatement par l'organisateur du déroulement de la situation.

⑥ Votre enfant présente-t-il des **contre-indications à la pratique de certaines activités** ?  
 OUI       NON      Si oui, lesquelles ?.....  
(si oui, merci de joindre un certificat médical)

Fait à ....., le .....

Signature du(des) responsable(s) légal(aux) précédée de la mention « lu et approuvé » :