

Dossier à rendre en mairie avant le 20 juin

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Maternelle Élémentaire

**Services concernés : cantine, accueil périscolaire (matins et soirs)
et Accueil Collectif de Mineurs (mercredis et vacances scolaires)**

Dossier à compléter avec les documents suivants :

- Photocopie de l'attestation de la carte vitale
- Photocopie des vaccins
- Attestation d'assurance extra-scolaire
- Dernier feuillet du règlement intérieur signé

Nom et prénom de l'enfant :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Responsable légal de l'enfant : Père Mère Tuteur

<u>Père</u>	<u>Mère</u>
Nom et Prénom :	Nom et prénom :
Employeur :	Employeur :
Tel travail :	Tel travail :
Tel portable :	Tel portable :
Adresse e-mail en lettres capitales: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Adresse e-mail en lettres capitales: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Nom, prénom et date de naissance des frères et sœurs :

Nom et adresse de l'assurance couvrant l'enfant (joindre la photocopie de l'attestation d'assurance) :

N° de Sécurité Sociale de l'enfant (joindre la photocopie de l'attestation de la Carte Vitale) :

Dans le cas où je ne pourrais pas venir chercher mon enfant moi-même, **j'autorise les personnes nommées ci-dessous (et seulement ces personnes)**, à prendre mon enfant. Je prends note qu'une pièce d'identité sera demandée la première fois que la personne viendra chercher mon enfant :

Mme ou Mr :	_____	tel :	_____
Mme ou Mr :	_____	tel :	_____
Mme ou Mr :	_____	tel :	_____
Mme ou Mr :	_____	tel :	_____
Mme ou Mr :	_____	tel :	_____
Mme ou Mr :	_____	tel :	_____
Mme ou Mr :	_____	tel :	_____
Mme ou Mr :	_____	tel :	_____

AUTORISATION DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné (père, mère ou tuteur légal) _____
autorise mon fils, ma fille _____

à participer à toutes les activités de l'Accueil Collectif de Mineurs, y compris la piscine, les sorties hors de la commune (quelques soient les moyens de transport).

à être photographié dans le cadre des activités de l'Accueil Collectif de Mineurs et accepte l'exposition de ces photos et leur utilisation éventuelle dans le journal municipal ou le site internet de la ville de Bruyères-le-Châtel.

Dans le cas où, en tant que parents, nous ne serions pas joignable et seulement si le médecin le juge indispensable, j'autorise la direction de l'Accueil Collectif de Mineurs à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toute intervention d'urgence si nécessaire.

Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts.

Fait à _____, le _____.

Signature précédée de la mention « lu et approuvé ».

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,responsable légal 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 :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....