

### CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE

Date de création de la fiche :

/ /

DIABOLO

BADGE

### ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

/ /

Adresse de l'enfant :

Sexe :

**Féminin**

**Masculin**

École :

Jacques Prévert

Sacré-Coeur

Autre école

Classe à la rentrée 2024 :

TPS

PS

MS

GS

CP

CE1

CE2

CM1

CM2

### ▶ PARENT 1

**Madame**

**Monsieur**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Employeur :

Téléphone fixe :

Téléphone port. :

Téléphone travail :

Mail :

@

Mail pour le portail famille :

### ▶ PARENT 2

**Madame**

**Monsieur**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Employeur :

Téléphone fixe :

Téléphone port. :

Téléphone travail :

Mail :

@

### FAMILLE

Mariés

Parent séparés ou divorcés



Vie maritale

Garde alternée

**Oui**

Parent isolé

**Non**

Nombre d'enfants à charge

Êtes-vous allocataire de la CAF ?

**Oui**

**Non**

Si oui, quel est votre numéro d'allocataire ?

Compagnie d'assurance :

N° Police :



L'enfant est-il allergique ?

- |                    |            |            |
|--------------------|------------|------------|
| - Asthme :         | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |
| - Médicamenteuse : | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |
| - Alimentaire :    | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |
| - Autres :         | <b>Oui</b> | <b>Non</b> |

Si oui, précisez :

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

Fournir obligatoirement le protocole écrit ou le justificatif médical en cas d'allergie alimentaire (allergologue).

**Indiquez ci-dessous les autres difficultés de santé en précisant les dates et les précautions à prendre :**

(maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation...)

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ?

**Oui**                      **Non**

Si oui, joindre une ordonnance récente avec les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice), ainsi qu'une autorisation parentale écrite.

Nature du traitement suivi :

Aucun médicament ne pourra être administrés sans ordonnance + autorisation.

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Notez ici tout ce que vous pensez nécessaire que nous sachions :

## EN CAS D'URGENCE, AUTRE PERSONNE À PRÉVENIR

Nom, prénom :

Lien avec l'enfant :

Téléphone fixe :

Téléphone port. :

## AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) :

Responsable légal de l'enfant :

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Autorise la mairie à utiliser les photographies et les vidéos où apparaît mon enfant pour parution dans les supports de communication, sites Internet municipaux, intercommunaux ou autres (avec l'accord préalable de la direction).

Autorise le responsable de l'accueil périscolaire à faire soigner mon enfant.

Nom du médecin traitant :

Et à faire pratiquer les interventions d'urgence éventuellement sous anesthésie générale suivant les prescriptions des médecins.

Atteste que mon enfant est à jour des vaccins obligatoires.

Autorise à reprendre mon enfant à la garderie la ou les personnes suivantes :

Nom et prénom :

Lien avec l'enfant :

Nom et prénom :

Lien avec l'enfant :

Nom et prénom :

Lien avec l'enfant :

Autorise mon enfant à repartir seul

**Oui**                      **Non**

Si oui, à quelle heure ?

Autorise mon enfant à repartir avec son frère ou sa soeur

**Oui**                      **Non**

J'ai pris connaissance du règlement de fonctionnement de l'accueil périscolaire et m'engage à le respecter.

**Signature obligatoire des 2 parents :**