

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2024–2025**

**A remplir obligatoirement tous les ans**

A remettre au guichet unique en mairie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom :** | **Prénom :** | Né(e) le : |
| Ecole fréquentée : Classe :  |

|  |
| --- |
| **Responsable légal 1 (payeur par défaut) :** Père – Mère – Tuteur (rayer les mentions inutiles) |
| Nom :  | Prénom :  |
| Adresse :  | Tél. domicile :  |
| Tél. portable :  |
| Résidence de l’enfant : Oui [ ]  - Non [ ]  | Tél. professionnel :  |
| E-mail (Obligatoire) :  |
| Adhésion à la facture compte en ligne : [ ]  Oui [ ]  Non (les factures seront disponibles en ligne uniquement) |
|  |  |
| **Responsable légal 2 :** Père – Mère – Tuteur (rayer les mentions inutiles) |
| Nom :  | Prénom :  |
| Adresse :  | Tél. domicile :  |
| Tél. portable :  |
| Résidence de l’enfant : Oui [ ]  - Non [ ]  | Tél. professionnel :  |
| E-mail (Obligatoire) :  |

|  |
| --- |
| **Personnes habilitées à venir chercher mon enfant :** |
| Nom, prénom :  | Nom, prénom :  |
| Tél domicile :  | Tél domicile :  |
| Tél portable :  | Tél portable :  |
| Lien avec l’enfant :  | Lien avec l’enfant :  |
| Nom, prénom :  | Nom, prénom :  |
| Tél domicile :  | Tél domicile :  |
| Tél portable :  | Tél portable :  |
| Lien avec l’enfant :  | Lien avec l’enfant :  |

|  |
| --- |
| **Autorisations parentales :** |
| [ ]  J’autorise le responsable à prendre toutes les dispositions pour faire soigner et faire pratiquer toute intervention d’urgence jugées utiles et nécessaires |
| [ ]  J’autorise la commune à photographier mon enfant pendant les activités péri et extrascolaires et à diffuser les photographies sur les supports de communication de la ville (site internet, Facebook, magazine…) |
| [ ]  J’autorise mon enfant à repartir seul après les activités péri et extrascolaires (pour les enfants de + de 8 ans) |
| [ ]  J’autorise le responsable de la structure d’accueil à retirer mon enfant de l’hôpital en cas de sortie de ce dernier |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **dates** |  | **dates** | En l’absence de vaccins obligatoires, cochez la case ci-après [ ]  Je reconnais que mon enfant n’a pas reçu les vaccins obligatoires et je déclare posséder un certificat médical de contre-indication |
| Diphtérie – Tétanos - Poliomyélite |  | Haemophilus Influenzae de type b |  |
| Coqueluche |  | Hépatite B |  |
| Pneumocoque |  | Méningocoque C |  |
| Rougeole – Oreillons - Rubéole |  | BCG |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PAI :** [ ]  Oui [ ]  NonLe projet d’accueil individualisé (PAI) concerne les enfants atteints de troubles de la santé tel que :* Pathologie chronique (asthme …)
* Allergies
* Intolérance alimentaire

**Allergies :**Médicamenteuse : [ ]  Oui [ ]  NonAsthme : [ ]  Oui [ ]  NonAlimentaire : [ ]  Oui [ ]  NonAutre : Autres recommandations utiles nécessitant une surveillance particulière de votre enfant :     | **Régime alimentaire particulier :** [ ]  Non [ ]  Sans porc [ ]  Sans viande [ ]  Panier repas (pour les PAI) Port de lunettes : [ ]  Oui [ ]  NonPort de lentilles de contact : [ ]  Oui [ ]  NonPort d’un appareil auditif : [ ]  Oui [ ]  NonPort d’un appareil dentaire : [ ]  Oui [ ]  Non**Assurance extrascolaire / Attestation responsabilité civile :** (fournir une copie de l’attestation)N° : Nom Assureur : Adresse Assureur :  N° de sécurité sociale :  |

Les représentants légaux certifient l’exactitude des renseignements portés sur cette fiche et s’engagent à communiquer toutes modifications au guichet unique.

Ils autorisent les responsables des sites à accéder à ces informations.

**Toute participation à un accueil périscolaire ou extrascolaire vaut acceptation du règlement.**

Date : Signature(s) Représentant(s) :

Renseignements : 01 30 98 89 00

ou guichet-unique@ville-gargenville.fr