

**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  Non  Le 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  Non  Asthme :  Oui  Non  Alimentaire :  Oui  Non  Autre :  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  Non  Port de lentilles de contact :  Oui  Non  Port d’un appareil auditif :  Oui  Non  Port 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](mailto:guichet-unique@ville-gargenville.fr)