



## Fiche Individuelle de Renseignements

Nom, prénom de l'enfant :  Né(e) le :

Ecole : ..... Classe : .....

Structure fréquentée (année N-1):  crèche .....  périscolaire .....

Régime alimentaire : ..... Date de dernière mise à jour du carnet de santé .....

Enfant bénéficiant de l'allocation handicap (AEEH)

Médecin traitant : Nom : ..... Téléphone .....

Adresse : .....

Je certifie que mon enfant est à jour des vaccins obligatoires OUI  NON  . Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication.

Allergies : .....

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI  NON  . (Cf. article 8 du Règlement de fonctionnement "En cas de maladie de l'enfant").

L'enfant sait-il nager ? OUI  NON  Piscine autorisée : OUI  NON

Recommandations des parents :  
.....  
.....

Nom/ Prénom du payeur principal : .....

Famille :  Parentale  Monoparentale  Reconstituée  Accueil

### PARENTS DE L'ENFANT

	Mère <input type="checkbox"/>	Belle-mère <input type="checkbox"/>	Responsable <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/>	Beau-père <input type="checkbox"/>	Responsable <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :						
Adresse du domicile :						
Tél. Domicile/Portable :						
Courriel :						

### NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

	Mère	Père
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Professionnel		

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) : .....

N° Allocataire C.A.F. : .....

C.A.F. d'appartenance : C.A.F. DU HAUT RHIN  MSA  Autre C.A.F. ....

Allocataire MSA : OUI  NON  Numéro d'allocataire MSA : .....

Photocopie de l'avis d'imposition (N-2) : OUI  NON

Si informations CAF non remises, application des tarifs de la tranche maximale.

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités : Oui  Non

Remarque : .....

Si NON, nom de la personne ou des personnes susceptibles de venir chercher mon enfant :

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

Pendant les activités, j'autorise le personnel de la Communauté de Communes à photographier et/ou à filmer, mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives ainsi que d'utiliser ces supports pour sa promotion et son information (Presse, journaux locaux, nouveaux médias, affiches...) OUI  NON

Je soussigné(e) .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et d'avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de la structure d'accueil.

Fait à ....., le ..... Signature :