



Fiche Individuelle de Renseignements

Nom, prénom de l'enfant : [ ] Né(e) le : [ ]

Ecole : [ ] Classe : [ ]

Structure fréquentée (année N-1):  crèche  périscolaire

Enfant bénéficiant de l'allocation handicap (AEEH) Régime alimentaire : [ ]

Médecin traitant : Nom : [ ] Téléphone [ ]

Adresse : [ ]

Je certifie que mon enfant est à jour des vaccins obligatoires OUI  NON  . Fournir un justificatif relatif aux vaccinations obligatoires ou toute information si besoin, sous enveloppe cachetée au responsable de l'accueil.

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire

Allergies : [ ]

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

Recommandations des parents : [ ]

Nom/ Prénom du payeur principal (1 seul parent) : [ ]

Famille :  Parentale  Monoparentale  Recomposée  Accueil

PARENTS DE L'ENFANT

Table with 2 columns: Mère (with checkboxes for Belle-mère, Responsable) and Père (with checkboxes for Beau-père, Responsable). Rows include: Nom, Prénom; Adresse du domicile; Date de naissance; Tél. Domicile/Portable; Courriel.

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

Table with 2 columns: Mère and Père. Rows include: 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  Autre C.A.F. [ ]

Allocataire MSA : OUI  NON  Numéro d'allocataire MSA : [ ]

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

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 :

Table with 4 columns: 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 : [ ]