



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année Scolaire 2025 / 2026

ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : Ecole/Collège/Lycée.....

Classe :

Adresse légale de l'enfant :

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

	Parent référent sur le portail famille	Parent 2	Autre Responsable légal
Nom - Prénom			
Adresse			
Tél domicile			
Tél portable			
Adresse mail			
Date de naissance			
Nom de l'employeur			
Tél professionnel			

Si vous êtes allocataire, cocher la case CAF MSA CMAF

Joindre l'attestation précisant votre quotient familial pour bénéficier des tarifs en vigueur.

AUTORISATION DE SORTIE

☐ J'autorise
☐ Je n'autorise pas } mon enfant à quitter l'établissement seul.

Personne(s) autorisée(s) à récupérer l'enfant

Si l'un des parents a été déchu de l'autorité parentale, l'indiquer et transmettre une copie du jugement : ;

☐☐☐

Si l'enfant est gardé par d'autres personnes (grands-parents, nourrice...), indiquer les noms, adresses et N° de tél. des personnes autorisées à venir chercher votre enfant :

(L'enfant ne pourra être confié à aucune autre personne sans autorisation écrite signée de votre part).

NOM - PRÉNOM	LIEN AVEC L'ENFANT	ADRESSE	N° DE TÉL FIXE	N° DE TEL PORTABLE

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES à remplir et copie du carnet de vaccinations obligatoire

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MEDICAMENTEUSE oui ☐ non ☐
 ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....

L'enfant suit il actuellement un traitement ? oui ☐ non ☐

Si oui, lequel ? _____

En cas d'allergie, fournir un certificat médical de l'allergologue.

Nom et N° de tél. du médecin traitant :

VACCINATIONS : (A remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
ou DT polio				Autres (préciser)	
ou Pentacoq					
BCG					

Si l'enfant n'est pas vacciné, préciser pourquoi

L'enfant a t'il déjà eu (ou est-il encore affecté par) les maladies suivantes ?

Rubéole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Varicelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Angine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Scarlatine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Coqueluche oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Otite oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE

	Autorisation	Interdiction
Prise de vue collective		
Prise de vue individuelle		

L'autorisation vise les prises de photos/vidéos et leur diffusion sous toutes formes à des fins représentatives des activités.

DOCUMENTS À FOURNIR :

- Photocopie de l'attestation de responsabilité civile et individuelle accident.
- Photocopie du carnet de vaccination.
- Attestation Caf récente mentionnant votre quotient familial
- Justificatif de domicile
- Photocopie livret de famille

Je soussigné(e)(s) (nom – prénom) :

-déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à vous signaler tous changements

-déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du service enfance jeunesse intercommunal.

-autorise toutes les personnes en charge de l'enfant à donner tous soins urgents, à faire pratiquer toute intervention chirurgicale urgente à mon (notre) enfant en cas de nécessité constatée par un médecin, à prendre toutes les dispositions en cas d'évènements graves.

A :

Le :

Signature Parent 1

Signature Parent 2

Signature du responsable