



1 – ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : M  / F

Classe : .....

2 – RESPONSABLES DE L'ENFANT

Nom et prénom de la mère : .....

Nom et prénom du père : .....

Nom et prénom du tuteur : .....

Adresse : .....

.....

N° allocataire CAF : .....

J'autorise la mairie de Lespignan à accéder aux informations CAF, nécessaires au calcul du quotient familial et aux droits d'aides aux loisirs (VACAF)  oui  non

Téléphone	Mère	Père	Tuteur
Domicile			
Portable			
Mail parents			

3 – SITUATION PARENTALE

- Mariés
- Séparés
- Divorcés
- Veuf (ve)
- Célibataire
- Vie maritale

Qui a la garde de l'enfant :

- Père
- Mère
- Autres : .....

Si l'un des parents n'est pas autorisé à récupérer l'enfant, il est impératif de joindre une pièce justificative légale

4 – AUTORISATIONS

Je soussigné(e)....., agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale, autorise :

- mon enfant à participer aux activités du service quelque soit le moyen de transport (autocar, bus, minibus...)  oui  non
- à rentrer seul (à partir de 8 ans) avec autorisation écrite  oui  non

Si non, indiquez les noms des personnes autorisées à récupérer mon enfant :

Nom et prénom : .....

Nom et prénom : .....

Nom et prénom : .....

Nom et prénom : .....

- J'autorise la ville de Lespignan à procéder à des prises de vues et à les diffuser sur ses supports de communication interne et externe :

Journal municipal, site internet, exposition, presse locale...  oui  non

Réseaux sociaux officiels de la Ville (Facebook, Instagram...)  oui  non

5 – VACCINATIONS (remplir ou fournir une copie)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	DATE	Vaccins recommandés	DATE
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Haemophilus influenzae B	
Ou DT Polio				Hépatite B	
				Méningocoque C	
				Pneumocoque	

## 5 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET OBSERVATIONS PARTICULIÈRES

Un **Projet d'Accueil Individualisé** a-t-il été signé ?  oui  non

**Si oui, fournir une copie**

A-t-il déjà présenté des allergies :

Alimentaires

Médicamenteuses

Asthme

Autres:.....

2. Si oui, préciser la cause de l'allergie, les conséquences possibles (asthme, urticaire, oedème, boutons, eczéma...) et la conduite à tenir :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3. A-t-il eu d'autres difficultés de santé : maladie, accident...(les indiquer avec dates)

.....  
.....  
.....

4. Précautions à prendre par rapport aux difficultés de santé signalées (régime alimentaire spécifique par exemple)

.....  
.....  
.....

6. Autres recommandations utiles des parents (ex : port de lunette, prothèse dentaire, auditives...)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Régime alimentaire (sans porc, végétarien...) :.....

## 6 – ASSURANCES

Nom de l'organisme attestant la responsabilité

civile.....

Adresse :.....

N°de contrat : .....

Je soussigné(e) ....., agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et je m'engage à transmettre tout élément nouveau à la Ville afin de réactualiser la fiche de renseignements.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

**J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des ALP et des ALSH et m'engage à le respecter.**

Fait à Lespignan, le

Signature