



MAIRIE DE LA PENNE-SUR-HUVEAUNE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

CENTRE DE LOISIRS

ANNEE SCOLAIRE 2024-2025

L'ENFANT

Nom de l'enfant :	Prénom :
-------------------------	----------------

Né(e) le : / /	à :département :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
----------------------	------------------------------	---

Adresse de l'enfant :
.....

LES PARENTS

Situation familiale : Mariés Séparés* Divorcés* Union libre Autres

Dans le cas où les parents sont séparés ou divorcés, veuillez préciser s'il y a :

Garde conjointe Garde confiée à la mère Garde confié au père

Les deux parents possèdent-ils l'autorité parentale : Oui Non

*** fournir la copie de la décision de la justice fixant la résidence habituelle de l'enfant.**

	Responsable légal n°1	Responsable légal n°2
Nom
Prénom
Date de naissance		
Adresse
Profession		
Numéros de téléphone	Domicile :/...../...../...../..... Portable : Travail :	Domicile :/...../...../...../..... Portable : Travail :
Adresse Mail

AUTRES RENSEIGNEMENTS

A quel régime d'allocataire êtes-vous affilié : (renseignement OBLIGATOIRE)

- Régime général CAF / n° d'allocataire : |__|__|__|__|__|__|__|
- MSA
- Régime maritime

Assurance: Nom de la compagnie d'assurance :

N° du contrat :

Numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence – joignables à tout moment de la journée (**autres que ceux des parents**)

Nom et prénom	Lien de parenté	Numéro de téléphone

Votre enfant mange du porc ? Oui Non

Votre enfant mange la viande ? Oui Non

Si votre enfant présente un trouble de la santé chronique nécessitant une prise en charge particulière (prise de médicament, prise en charge d'allergie, maladies nécessitant un « protocole d'urgence », régimes alimentaires spécifiques, etc.), il est nécessaire de prévoir au préalable un projet d'accueil individualisé (PAI).

La prise en charge de votre enfant nécessite-t-elle un PAI ? Oui Non

Si oui, merci de vous rapprocher du directeur de la structure, afin de mettre en place le PAI.

Si non, veuillez pendre un RDV avec la direction de l'établissement scolaire.

Indiquer si votre enfant a des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, etc.) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....

Date du dernier rappel antitétanique : + Photocopies des pages de vaccinations (obligatoires)

LES AUTORISATIONS

Les personnes autorisées à venir récupérer mon enfant :

Monsieur / Madame.....

Monsieur / Madame.....

Monsieur / Madame.....

Monsieur / Madame

Attention ! Une pièce d'identité pourra être demandée à tout moment.

Si une autre personne se présente, autre que celles indiquées ci-dessus, vous devrez auparavant nous avoir fournir une autorisation écrite et signée de votre part, afin que nous puissions lui confier votre enfant.

J'autorise mon enfant à être filmé ou photographié dans le cadre des activités : Oui Non

- J'autorise mon enfant à apparaître sur le site Internet et réseaux sociaux de la Mairie : Oui Non
- J'autorise mon enfant à apparaître sur la gazette de la Mairie : Oui Non
- J'autorise l'accès à mon compte CDAP pour connaître mon quotient CAF Oui Non

Uniquement pour les élémentaires :

- J'autorise mon enfant inscrit à l'accueil du soir à quitter seul l'établissement : Oui Non

Je (nous) soussigné(s)..... responsable (s) légal (aux) de l'enfant, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise (sons) les responsables de l'établissements d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant

La signature vaut acceptation des règlements de fonctionnement de la restauration scolaire et des accueils du matin et du soir. Ils sont disponibles sur le site <https://ville-lapennesurhuveaune.fr/>

Date :

Signatures du (des) responsable(s) légal (aux) :