



**MAIRIE D'ENTRE-VIGNES**  
**ACCUEIL DE LOISIRS PERISCOLAIRE (ALP)**  
**d'ENTRE-VIGNES**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**



**L'ENFANT :**

Nom : ..... Prénom : .....

..... Date de Naissance : .....

Garçon     Fille

Régime Alimentaire particulier :     Non     Oui .....

**Renseignements médicaux à renseigner tous les ans :**

Allergies :     Non     Oui.....

.....

.....

.....

**P.A.I.** (Projet d'Accueil Individualisé) en cours :     Non     Oui (Joindre le protocole et toute information utile)

.....

..

.....

..

**Les difficultés de santé :** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

.....

.....

.....

**VACCINATION : (Copie des vaccinations à fournir en PS et au CP)**

Vaccins obligatoires pour les enfants nés à partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2018, recommandés pour les enfants nés avant.	Petite section		Renouvellement au CP	
	OUI	NON	OUI	NON
Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP)				
Coqueluche				
Haemophilus				
Rougeole, oreillons et rubéole				
Hépatite B				
Pneumocoque				
Méningite C				
BCG (recommandé)				

**LES PARENTS :**

**Parent 1 :**

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Tel Dom : ..... Tel Port : ..... Email : .....

Employeur: ..... Profession : ..... Tél Travail : .....

**Parent 2 :**

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Tel Dom : ..... Tel Port : ..... Email : .....

Employeur: ..... Profession : ..... Tél Travail : .....

REGIME			AUTORITE PARENTALE		
<input type="checkbox"/> Mariés	<input type="checkbox"/> Divorcés	<input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Tuteur légal

**Si l'autorité parentale est déléguée au tuteur légal :**

Nom et prénom du tuteur: .....

Adresse : .....

Tel Dom : ..... Tel Port : ..... Email : .....

Employeur: ..... Profession : ..... Tél Travail : .....

**PRESTATIONS PERISCOLAIRES (calcul tarifs) :**

Allocataire :  CAF  MSA  Autre.....

N° Allocataire : .....

**Documents (copie) à fournir en septembre si vous n'êtes pas allocataire de la CAF :**

- **Dernier avis d'imposition**
- **Attestation des prestations familiales perçues en septembre.**

**PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (autres que les parents):**

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté

**SANTE ET SECURITE :**

Nom du médecin de famille : ..... Tel : .....

Commune : .....

Nom de votre Assurance Responsabilité Civile : .....

N° Police : .....

N° de sécurité sociale sur lequel est rattaché votre enfant : .....

**L'attestation d'assurance scolaire et périscolaire est à fournir tous les ans en septembre.**

Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant, **certifie**

**l'exactitude** des renseignements portés sur cette fiche et **autorise mon enfant** ci-dessus nommé à participer à toutes les activités et sorties organisées dans le cadre de l'Accueil de Loisirs Périscolaire.

**J'autorise le Responsable** à faire donner à mon enfant tous les soins d'urgence (y compris l'anesthésie) et à le faire transporter dans un établissement hospitalier.

**J'atteste avoir pris connaissance des modalités d'inscriptions et de paiements et m'engage à les respecter.**

**Autorisation parentale pour la prise de vue de mineur(s) et utilisation de l'image le(s) représentant**

Je soussigné.....

Consens à la réalisation (prise de vue) et à la divulgation d'images sur lesquelles mon enfant apparaît.

Cette autorisation est valable pour l'édition de documents de nature pédagogique, pour des expositions ou pour tout support d'informations relatif à la promotion des activités de la structure.

Ces prises de vue ne pourront être ni vendues, ni utilisées à d'autres fins que celles mentionnées ci-dessus.

Conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le libre accès aux documents établis par l'organisateur est garanti, de même que le droit de retrait.

A.....

Le.....

Signature des responsables :



