



FICHE DE RENSEIGNEMENTS
Année scolaire 2024-2025

Cette fiche de renseignements est à retourner obligatoirement avant le 30 juillet 2024, et devra être accompagnée de l'attestation d'assurance.

RESPONSABLE LEGAL	Parent 1	Parent 2
NOM – Prénom (Cocher le redevable principal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date de naissance		
N° d'allocataire CAF		
Adresse précise		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Téléphone professionnel		
Adresse mail (Souligner le mail pour l'Espace famille)		
Profession		
En cas de garde alternée, merci de spécifier les jours ou/et les semaines concernées par chacun : (Joindre un justificatif)		
Assurance	Compagnie d'assurance : _____ Numéro de contrat : _____	

ENFANT 1

Nom – Prénom

Adresse précise

Date de naissance

Classe
(Rentrée 2024)

✓ **Votre enfant présente t-il une allergie ou un trouble alimentaire, une contre-indication au sport ou un problème particulier ?**

Si oui, préciser :

**Dans le cas d'une allergie ou un trouble alimentaire, merci de nous communiquer le Protocole d'Accueil Individualisé*

**Dans le cas d'une contre-indication au sport, merci de nous communiquer un certificat médical*

ENFANT 2

Nom – Prénom

Adresse précise

Date de naissance

Classe
(Rentrée 2024)

✓ **Votre enfant présente t-il une allergie ou un trouble alimentaire, une contre-indication au sport ou un problème particulier ?**

Si oui, préciser :

**Dans le cas d'une allergie ou un trouble alimentaire, merci de nous communiquer le Protocole d'Accueil Individualisé*

**Dans le cas d'une contre-indication au sport, merci de nous communiquer un certificat médical*

ENFANT 3

Nom – Prénom

Adresse précise

Date de naissance

Classe
(Rentrée 2024)

✓ **Votre enfant présente t-il une allergie ou un trouble alimentaire, une contre-indication au sport ou un problème particulier ?**

Si oui, préciser :

**Dans le cas d'une allergie ou un trouble alimentaire, merci de nous communiquer le Protocole d'Accueil Individualisé*

**Dans le cas d'une contre-indication au sport, merci de nous communiquer un certificat médical*

MEDECIN TRAITANT	
NOM - Prénom	
Adresse	
Téléphone	

URGENCE			
En cas d'urgence, si nous ne pouvions arriver à vous joindre, autres personnes à prévenir			
	1^{ère} personne	2^{ème} personne	3^{ème} personne
NOM – Prénom			
Téléphone			
En cas d'urgence, si nous ne pouvions arriver à vous joindre, autorisez-vous le transport de votre enfant vers un hôpital ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Lequel (dans la mesure du possible) ?			

AUTORISATION DE SORTIE			
Le représentant légal autorise son enfant à quitter seul la garderie périscolaire pour regagner sans accompagnement mon domicile. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Il dégage par conséquent la garderie périscolaire de toutes responsabilités concernant les éventuels accidents qui pourraient se produire sur son chemin de retour.			
Le représentant légal autorise les personnes suivantes à récupérer son (ses) enfant(s)			
NOM – Prénom	NOM – Prénom	NOM – Prénom	NOM – Prénom

EXPLOITATION DES IMAGES	
Autorisez-vous l'exploitation des images prises au cours des activités réalisées sur lesquelles votre enfant pourrait apparaître, sur tout support de communication : photos, films, site internet, articles de presse, reportage vidéo ... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

ACTIVITÉS TEMPS MÉRIDIDIENS (CE2-CM1-CM2)	
Autorisez-vous votre enfant à se rendre sur le city stade lors du temps méridien sous la surveillance des agents <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	