



# COMMUNE DE MOIDIEU-DETOURBE



## FICHE DE RENSEIGNEMENT 2023/2024

### ACCUEIL DE LOISIRS / PERISCOLAIRE - RESTAURANT SCOLAIRE

#### ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : ..... Né(e) le : ..... à .....

Nationalité : .....

Adresse : .....

Ecole de : .....

Classe : .....

Enseignant : .....

#### RESPONSABLES LEGAUX

##### PREMIER PARENT

Nom de jeune fille : ..... Prénom : .....

Nom marital : .....

Autorité parentale oui ou non (si non joindre photocopie de la décision de justice)

Adresse (si différent de l'enfant) : .....

Tel domicile : ..... Tel pro. : ..... Portable : .....

Quel numéro appeler en priorité en cas d'urgence en journée ? .....

Adresse mail : .....

Employeur : ..... Profession : .....

N° Sécurité sociale : .....

CAF : N° Allocataire : .....

##### SECOND PARENT

Nom de jeune fille : ..... Prénom : .....

Nom marital : .....

Autorité parentale oui ou non (si non joindre photocopie de la décision de justice)

Adresse (si différent de l'enfant) : .....

Tel domicile : ..... Tel pro. : ..... Portable : .....

Quel numéro appeler en priorité en cas d'urgence en journée ? .....

Adresse mail : .....

Employeur : ..... Profession : .....

N° Sécurité sociale : .....

CAF : N° Allocataire : .....

**Justificatif de quotient familial à fournir avant chaque rentrée de septembre**

## **SANTE - photocopie des vaccins à jour à fournir**

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? (entourez)    non    oui  
SI OUI, LEQUEL .....

ALLERGIES : .....

ALIMENTAIRES .....

MEDICAMENTEUSES .....

AUTRES (animaux, plantes, pollen) .....

Médecin traitant (Nom Adresse Tel) : .....

L'ENFANT EST-IL BENEFICIAIRE D'UN PAI                    OUI                    NON

**Si oui, justificatifs à fournir**

L'ENFANT EST-IL BENEFICIAIRE D'UNE AEEH                    OUI                    NON

**Si oui, justificatifs à fournir**

RAPPEL : Si l'enfant doit suivre un traitement (PAI ou AEEH), n'oubliez pas de joindre l'ordonnance des médicaments.

**En cas d'urgence**, l'enfant est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté, la famille étant immédiatement avertie.

J'autorise les responsables des structures (école, centre de loisirs) à prendre toute les mesures nécessaires en cas d'urgence.

## **ASSURANCE- Attestation assurance scolaire à fournir, avant chaque rentrée de Septembre**

L'attestation d'assurance de votre enfant doit mentionner les garanties : »responsabilité civile «  
ET « individuelle accidents corporels » (les dénominations pouvant changer selon l'assureur)

## **DIFFUSION**

Je donne mon accord à la diffusion (entourez la mention utile) :

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| • de l'enregistrement audiovisuel de mon enfant           | oui | non |
| • des photographies de mon enfant prises lors d'activités | oui | non |
| • les enregistrements sonores de sa voix                  | oui | non |
| • les créations réalisées par mon enfant                  | oui | non |

## **AUTORISATIONS**

A la sortie des activités périscolaires : accueil soir et descente car scolaire (entourez)

- J'autorise mon enfant à rentrer seul à la maison                    OUI                    NON

## AUTRE RESPONSABLE LEGAL

Organisme : ..... Personne référent : .....

Fonction : .....

Autorité parentale oui ou non / Lien avec l'enfant : .....

Adresse : .....

Tel domicile : ..... Tel pro. : ..... Portable : .....

## FRERES ET SŒURS

Nom	Prénom	Date de naissance	Ecole fréquentée 2023/2024	Niveau

## RESPONSABLES DESIGNES ou personnes habilitées pour la prise en charge de l'enfant (maternelle et ALSH en cas d'absence des parents)

Nom : ..... Prénom : .....

- A appeler en cas d'urgence
- Autorisé(e) à prendre l'enfant

Lien avec l'enfant : .....

Adresse : .....

Tel domicile : ..... Tel pro. : ..... Portable : .....

Nom : ..... Prénom : .....

- A appeler en cas d'urgence
- Autorisé(e) à prendre l'enfant

Lien avec l'enfant : .....

Adresse : .....

Tel domicile : ..... Tel pro. : ..... Portable : .....

Nom : ..... Prénom : .....

- A appeler en cas d'urgence
- Autorisé(e) à prendre l'enfant

Lien avec l'enfant : .....

Adresse : .....

Tel domicile : ..... Tel pro. : ..... Portable : .....

# REGLEMENT INTERIEUR

Je confirme avoir pris connaissance du règlement intérieur périscolaire communal (voir G-ALSH).

Je m'engage à vous signaler tout changement significatif modifiant les indications mentionnées sur ce document.

Date : Signatures du (des) responsable (s) légal (aux) ci-dessous :

.....

	CLASSE	ENSEIGNANT	JUSTIFICATIFS (cadre pour l'administration)	VISA ADMINISTRATION
RENTREE 2023			QF CAF VACCINATIONS ASSURANCE	
RENTREE 2024			QF CAF VACCINATIONS ASSURANCE	
RENTREE 2025			QF CAF VACCINATIONS ASSURANCE	
RENTREE 2026			QF CAF VACCINATIONS ASSURANCE	
RENTREE 2027			QF CAF VACCINATIONS ASSURANCE	
RENTREE 2028			QF CAF VACCINATIONS ASSURANCE	
RENTREE 2029			QF CAF VACCINATIONS ASSURANCE	
RENTREE 2030			QF CAF VACCINATIONS ASSURANCE	

## RAPPEL

**Le quotient familial et l'assurance scolaire sont à fournir  
AVANT CHAQUE RENTREE SCOLAIRE DE SEPTEMBRE**

En revanche, si les vaccinations sont toujours « actuelles » pour l'année scolaire à venir, il n'est pas nécessaire de les redonner, elles seront conservées dans le dossier de l'enfant.