

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

	Représentant légal 1 du 1er foyer	Représentant légal 2 du 1er foyer ou beau-père/belle-mère
NOM		
Prénom		
Date de naissance		
Adresse		
Téléphones	domicile : _____ portable : _____ travail : _____	domicile : _____ portable : _____ travail : _____
E-mail	_____@_____	_____@_____
Profession		
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Veuf(ve)
Autorisation de mise à jour du Quotient Familial par la collectivité	<input type="checkbox"/> CAF : N° : _____ <input type="checkbox"/> Revenu fiscal : (copie du dernier avis d'imposition)	<input type="checkbox"/> CAF : _____ <input type="checkbox"/> Revenu fiscal : (copie du dernier avis d'imposition)
N° Allocataire	<input type="checkbox"/> MSA : _____ (et copie du dernier quotient familial)	<input type="checkbox"/> MSA : _____ (et copie du dernier quotient familial)

A compléter uniquement en cas de séparation/divorce

Les renseignements concernant le 2ème foyer de l'enfant sont **obligatoires** pour toute inscription scolaire ou périscolaire

Merci de joindre une copie de l'extrait de jugement	Garde alternée : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>Si oui, merci de joindre un calendrier avec les précisions nécessaires</i> <i>Autorisation pour l'autre parent de récupérer l'enfant : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</i>	
	Représentant légal 1 du 2ème foyer	Représentant légal 2 du 2ème foyer : beau-père/belle-mère
NOM		
Prénom		
Date de naissance		
Adresse		
Téléphones :	domicile : _____ portable : _____ travail : _____	domicile : _____ portable : _____ travail : _____
E-mail :	_____@_____	_____@_____
Profession		
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Veuf(ve)
Autorisation de mise à jour du Quotient Familial par la collectivité	<input type="checkbox"/> CAF : _____ <input type="checkbox"/> MSA : _____ <input type="checkbox"/> Revenu fiscal : (copie du dernier avis d'imposition)	<input type="checkbox"/> CAF : _____ <input type="checkbox"/> MSA : _____ <input type="checkbox"/> Revenu fiscal : (copie du dernier avis d'imposition)
N° Allocataire	<input type="checkbox"/> MSA : _____ (et copie du dernier quotient familial)	<input type="checkbox"/> MSA : _____ (et copie du dernier quotient familial)

ENFANT :

NOM et Prénom :	
Date/Lieu de naissance :	
Sexe :	
Adresse :	
Niveau scolaire :	
Ecole précédente :	
Inscription aux transports scolaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Médecin traitant ou pédiatre	Nom - Prénom :
	Adresse :
	Tél :
Allergies :	<input type="checkbox"/> Alimentaires (à préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Médicamenteuses (à préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Asthme
Protocole d'Accueil individualisé (P.A.I.)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Handicap reconnu par la MDPH	Si oui, lequel :
Habitudes Alimentaires	<input type="checkbox"/> Repas sans porc <input type="checkbox"/> Repas sans viande
Port de :	<input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Lentilles <input type="checkbox"/> Prothèses auditives <input type="checkbox"/> Appareil dentaire
Problèmes de santé à signaler avec les précautions à prendre (accident, convulsions, hospitalisation, opération).	

Personnes autorisées à récupérer votre enfant ou à contacter en cas d'urgence

Personnes autres que les parents	Nom - Prénom :	
	Tél :	Lien de parenté avec l'enfant :
	<input type="checkbox"/> Autorisé à récupérer votre enfant	<input type="checkbox"/> A contacter en cas d'urgence
	Nom - Prénom :	
	Tél :	Lien de parenté avec l'enfant :
	<input type="checkbox"/> Autorisé à récupérer votre enfant	<input type="checkbox"/> A contacter en cas d'urgence
	Nom - Prénom :	
	Tél :	Lien de parenté avec l'enfant :
	<input type="checkbox"/> Autorisé à récupérer votre enfant	<input type="checkbox"/> A contacter en cas d'urgence

Je soussigné(e), représentant légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, en cas d'accident ou d'urgence, toute décision d'hospitalisation et d'intervention clinique jugée indispensable par le médecin appelé, et même sous anesthésie partielle ou totale, s'il est impossible de me joindre.

Date :/..../20....

Signature des parents :

DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT	CADRE RESERVE AU SERVICE
<input type="checkbox"/> Fiche de renseignements	<input type="checkbox"/> Dernier avis d'imposition ou Attestation CAF/MSA
<input type="checkbox"/> Livret de famille	<input type="checkbox"/> Attestation assurance responsabilité civile
<input type="checkbox"/> Justificatif de domicile	<input type="checkbox"/> 1 photo d'identité de l'enfant
<input type="checkbox"/> Carnet de santé (copie vaccinations)	<input type="checkbox"/> 1 protocole d'accueil individualisé (si nécessaire)
	<input type="checkbox"/> Extrait de jugement séparation/divorce