



FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2024/2025



NOM DE L'ENFANT : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

SEXE : M ou F

N° Sécurité Sociale :

N° Allocataire CAF : ou autre régime (M.S.A.) :

Nom de l'Enseignant : _____ Classe de _____

Adresse de l'enfant (en cas de garde alternée, mentionnez les deux adresses) : _____

Coordonnées de facturation (*joindre un RIB) :

Nom du père : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

N° téléphone fixe : _____

N° téléphone mobile : _____

Courriel : _____

Profession : _____

Employeur (nom et adresse) : _____

N° téléphone : _____

Nom de la mère : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

N° téléphone fixe : _____

N° téléphone mobile : _____

Courriel : _____

Profession : _____

Employeur (nom et adresse) : _____

N° téléphone : _____

Personne à prévenir en cas d'absence des parents :

Nom : _____ Prénom : _____

N° téléphone : _____ Lien avec l'enfant : _____

Personnes autorisées à prendre l'enfant en cas d'absence des parents :

Nom : _____ Prénom : _____

N° téléphone : _____ Lien avec l'enfant : _____

Nom : _____ Prénom : _____

N° téléphone : _____ Lien avec l'enfant : _____

Nom : _____ Prénom : _____

N° téléphone : _____ Lien avec l'enfant : _____

Fait à _____ le _____

SIGNATURES :

PERE

MERE

***Mise en place du prélèvement automatique des factures, merci de nous joindre un R.I.B.**

LA SANTE

Nom du médecin traitant : _____

Adresse : _____ N° téléphone : _____

Je certifie que mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires.

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

Les allergies (causes et conduite à tenir) : _____

Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier lié aux confessions religieuses : _____

En cas d'accident, l'enfant sera conduit par les secours (Pompiers, SAMU) au Centre Hospitalier de Bourges.

En cas d'impossibilité des parents, nom et téléphone de la personne à contacter en cas d'accident :

N° téléphone domicile : _____ N° téléphone mobile : _____

ASSURANCE

RESPONSABILITE CIVILE OU ASSURANCE EXTRA-SCOLAIRE

Nom de l'Assurance : _____

Adresse : _____

N° Contrat : _____

Je soussigné(e) _____, responsable de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à _____ le _____

Signature du responsable légal

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) _____, responsable légal,

Autorise mon enfant _____ à participer aux sorties de l'accueil de loisirs durant les mercredis et les vacances scolaires.

A _____ le _____

Signature du responsable légal

Autorise que mon enfant _____ soit pris en photo et filmé à des fins pédagogiques (journal de centre, article dans les journaux, etc...), dans le cadre des activités pratiquées à la Maison de l'Enfance :

OUI

NON

A _____ le _____

Signature du responsable légal

Autorise mon enfant _____ à partir seul de La Maison de l'Enfance,

⇒ après l'accueil de loisirs à 12 h 00

à 17 h 30

A _____ le _____

Signature du responsable légal