

Direction des affaires scolaires, de l'enfance  
de la jeunesse et des sports  
Tél. : 01 30 40 22 04 OU 22 19

**PHOTO  
OBLIGATOIRE**

Merci de la **coller** à  
cet emplacement  
Ne pas utiliser  
d'agrafe ou de  
trombone

**NOM de l'enfant :** .....

**Prénom :** ..... Garçon Fille

**Adresse :** .....

.....

**Date de naissance :** .....





.....

**Lieu de naissance :** .....

.....

**Ecole et classe fréquentée 2019-2020 et niveau :** .....

.....

Père (représentant légal)	Mère (représentant légal)
<b>NOM-Prénom :</b>	<b>NOM-Prénom :</b>
<i>Date de Naissance :</i>	<i>Date de Naissance :</i>
<i>Lieu de Naissance :</i>	<i>Lieu de Naissance :</i>
<i>Adresse :</i>	<i>Adresse :</i>
<i>Situation Familiale : .....</i>	<i>Situation Familiale : .....</i>
 <i>Portable : .....</i>	 <i>Portable : .....</i>
 <i>Professionnel : .....</i>	 <i>Professionnel : .....</i>
<i>Profession :</i>	<i>Profession :</i>
<i>Employeur :</i>	<i>Employeur :</i>
<i>Adresse mail :</i>	<i>Adresse mail :</i>
.....@.....	.....@.....
<b>NUMERO D’AFFILIATION CAF :</b>	<b>NUMERO D’AFFILIATION CAF :</b>
<b>Numéro de Sécurité Sociale auquel l'enfant est rattaché : .....</b>	

Indiquez ci-dessous les coordonnées de toutes les autres personnes pouvant être contactées en cas de problème ou d'accident ou pouvant reprendre l'enfant. Toute modification de cette liste doit faire l'objet d'un courrier à adresser directement à Mme le Maire :

Nom et prénom	Adresse	Téléphone	Lien de parenté, ami, voisin...

**ATTENTION : tout dossier incomplet vous sera retourné et l'enfant ne sera pas admis aux activités.**



# RENSEIGNEMENTS D'ORDRE SANITAIRE

## VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

DT POLIO ou TETRACOQ Date de la vaccination (3<sup>ème</sup> vaccin) : .....

Date du dernier rappel: .....

INTERVENTIONS CHIRURGICALES EVENTUELLES : .....

## COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom et téléphone : .....

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS ET CONDUITE A TENIR

Indiquez dans le cadre ci-dessous toutes les informations que vous jugez utiles dans l'intérêt du suivi de votre enfant : (asthme, allergie médicamenteuse, port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires...)

Lunettes :

Autres :

## ALLERGIE ALIMENTAIRE – PRESCRIPTION MEDICALE OU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI)

En cas d'allergie ou d'intolérance alimentaire un PAI doit être mis en place.

Un PAI est-déjà mis en place ? OUI  NON

Si oui, lequel : ..... (Un PAI doit être renouvelé chaque année civile)

## MON ENFANT SERA AMENE A FREQUENTER :

- l'accueil préscolaire (matin)  la restauration scolaire
- l'accueil postscolaire (soir)  l'étude surveillée
- j'autorise mon enfant à quitter seul l'étude surveillée pour se rendre à notre domicile.
- ALM et ALE Mercredis et Vacances scolaires (attention : ces activités doivent obligatoirement faire l'objet de réservation)

Je soussigné(e) Mme, M ..... (indiquez votre nom)

responsable légal de l'enfant ..... (indiquez son prénom)

- 1 – déclare exact les renseignements portés sur la présente fiche,
- 2 – autorise les responsables des différents accueils à prendre, en cas de maladie ou d'accident de mon enfant, toutes mesures d'urgence tant médicales que chirurgicales (y compris éventuellement l'hospitalisation et à le sortir de l'hôpital en mes lieu et place) et m'engage à régler tous les frais consécutifs,
- 3 – autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées dans le cadre des accueils de loisirs, ainsi que la prise de photos ou de films. En cas de contre-indication à la pratique d'activités physiques, veuillez fournir un certificat médical,
- 4 – atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des activités péri et extrascolaires et m'engage à le respecter,
- 5 – m'engage à prévenir la mairie de toute modification sur cette fiche individuelle de renseignements,
- 6 – accepte la transmission d'informations par courriel liées uniquement à l'activité de mon enfant,
- 7 – je prends note qu'en l'absence du **calcul du quotient familial 2019/2020** (du 2 au 27 septembre 2019 inclus), je serai automatiquement **facturé au tarif maximum**.

Fait à Saint-Leu-la-Forêt, le .....

Signature : Le(s) responsable(s) légal (légaux)

Nom et prénom du signataire : .....Signature :

Nom et prénom du signataire : .....Signature :

ATTENTION : tout dossier incomplet vous sera retourné et l'enfant ne sera pas admis aux activités

