



- Garde périscolaire     
  Centre de loisirs     
  Cantine     
  TAP  
 Ecole Maternelle     
  Ecole Elémentaire     
 Classe .....

Prénom de l'instituteur (trice) : .....

## ENFANT

|                           |
|---------------------------|
| Nom : .....               |
| Prénom : .....            |
| Date de naissance : ..... |

## PARENTS

| Père                                     | Mère                         |
|--|------------------------------|
| Nom :                                    | Nom :                        |
| Prénom :                                 | Prénom :                     |
| Profession :                             | Profession :                 |
| Employeur<br>(nom+adresse) :             | Employeur<br>(nom+adresse) : |
| Téléphone travail :                      | Téléphone travail :          |
| Téléphone domicile :                     | Téléphone domicile :         |
| Portable :                               | Portable :                   |
| Mail :                                   | Mail :                       |
| Adresse des parents :                    |                              |
| Adresse de facturation (si différente) : |                              |

## SITUATION FAMILIALE

- marié (e)   
  vie maritale   
  divorcé (e)   
  veuf (ve)   
  séparé (e)

## PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Mère

Père

**Si autres personnes : précisez**

|                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| Nom :                   | Nom :                   |
| Prénom :                | Prénom :                |
| Lien de parenté/Autre : | Lien de parenté/Autre : |
| Tél. :                  | Tél. :                  |

RENSEIGNEMENTS FINANCIERS (Caisse d'allocations familiales)

|  |   |
|--|---|
| Nom de la CAF de rattachement  |   |
| N° d'allocataire complet   |   |
| Quotient familial<br>(joindre une copie de la notification ou l'avis d'imposition) |   |
| <b>BONS VACANCES (Centre de loisirs uniquement)</b>                                |   |
| Nom-Prénom des enfants   | N° d'identifiant de l'enfant<br>(indiqué sur les bons vacances) |
|  |   |
|  |   |
|  |   |

**Pour le centre de loisirs :** j'autorise mes enfants à se baigner sous surveillance d'un personnel qualifié. J'autorise la commune de Veigy à transporter mes enfants dans le cadre des activités par l'équipe d'encadrement et par des moyens collectifs (minibus, car, train...).

**Droit à l'image :**

**Pour l'ensemble des services :**

Pendant l'accueil, les enfants sont susceptibles d'être pris en photo ou filmés. La commune s'engage à ne jamais diffuser ces photos autrement que dans le cadre des services municipaux :

→ A destination des parents

→ A la communication municipale (Echo de Veigy, site internet de la commune, journaux locaux)

Nous soussignés (parents ou responsable légal)..... autorisons la parution de photos de notre enfant selon les modalités ci-dessus :

OUI     NON

**Fait à Veigy-Foncenex, le :**

**Signatures des parents ou du responsable légal :**

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Les vaccinations contre la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite **sont obligatoires**, pour l'accueil des enfants en collectivité, d'autres sont recommandées (Rougeole, Oreillons, Rubéole, Coqueluche, BCG, Hépatite B) :

Joindre **impérativement** la copie des certificats de vaccination ou la page correspondante du carnet de santé de l'enfant.

#### L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| <i>Maladies</i>                    | <i>Oui</i> | <i>Non</i> | <i>Maladies</i>   | <i>Oui</i> | <i>Non</i> |
|------------------------------------|------------|------------|-------------------|------------|------------|
| <i>Rubéole</i>                     |            |            | <i>Coqueluche</i> |            |            |
| <i>Varicelle</i>                   |            |            | <i>Otite</i>      |            |            |
| <i>Angine</i>                      |            |            | <i>Rougeole</i>   |            |            |
| <i>Rhumatisme articulaire aigu</i> |            |            | <i>Oreillons</i>  |            |            |
| <i>Scarlatine</i>                  |            |            |                   |            |            |

### ALLERGIES

- Asthme*
- Médicamenteuses* : .....
- Régime alimentaire particulier* :
- sans porc*
- allergie alimentaire\** : Précisez : .....
- Autre allergie\** : Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir .....

\*Pour toute allergie, ou maladie de l'enfant nécessitant une prise en charge particulière ou l'administration ponctuelle de médicaments les parents doivent **IMPERATIVEMENT** se mettre en relation avec le service de santé scolaire pour les enfants de plus de 6 ans ou de la PMI (Protection Maternelle et Infantile) pour les enfants de 3 à 6 ans. C'est le médecin scolaire ou de PMI qui déterminera s'il y a lieu d'établir un Projet d'Accueil Individualisé (PAI). Ce document est établi en concertation entre la famille, le personnel encadrant, l'école, l'élú délégué et le médecin de l'Education Nationale (Cf règlement de fonctionnement des services).

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

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

.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....

**Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables des services municipaux :**

- Garde périscolaire*
- Centre de loisirs*
- Cantine*
- TAP*

**à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.**

**Date : .....**

**Signature du responsable légal :**

**Pièces à joindre :**

- Notification du Quotient Familial : document CAF ou avis d'imposition N-1
- Copie des justificatifs de vaccination