



FICHE ENFANT

Année 2018 / 2019

CE DOSSIER EST OBLIGATOIRE MEME SI VOTRE ENFANT A DEJA ETE INSCRIT DANS NOS SERVICES. SANS CE DOSSIER DUMENT COMPLETE, VOTRE ENFANT NE POURRA PAS ETRE ACCEPTE AUX ACCUEILS GERES PAR LA MUNIPALITE.

- RESTAURATION SCOLAIRE
- ACCUEIL DE LOISIRS PERISCOLAIRES (A.L.P)
- ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT (A.L.S.H)
- PÔLE ADOS

Renseignements concernant l'enfant

Nom: **Prénom:**

Résidence principale de l'enfant: Aniane Puechabon St-Guilhem-Le-Désert autre (préciser).....

Né(e) le: / / Age: Sexe: F M

Niveau de Classe à la rentrée:
(Exemple: CE1)

Parents ou représentants légaux

	Représentant - 1	Représentant - 2
Nom
Prénom
N° téléphone domicile
N° téléphone travail
N° téléphone portable
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> Conjointe <input type="checkbox"/> Exclusive	<input type="checkbox"/> Conjointe <input type="checkbox"/> Exclusive

Si besoin, vous pouvez joindre un extrait de jugement du juge aux affaires familiales (1ère page et décision du jugement)

Autres personnes à contacter en cas d'urgence ou désignées pour venir chercher l'enfant

Afin de vous assurer que les personnes mentionnées ci-après soient autorisées à partir avec votre enfant, précisez bien les noms et prénoms ainsi qu'un numéro de téléphone.

Mme ou M. : Téléphone :

Mme ou M. : Téléphone :

Mme ou M. : Téléphone :

Renseignements sanitaires

Date du dernier DT Polio: (OBLIGATOIRE)

(Diphthérie, tétanos, poliomyélite)

Votre enfant souffre-t-il d'allergies alimentaires ? (1) oui non

Précisez :

Votre enfant souffre-t-il d'allergies médicamenteuses ou autres ? (1) oui non

Précisez :

Votre enfant suit-il un traitement médical ? (1) oui non

Précisez :

Votre enfant est-il porteur de handicap ? (2) oui non

Précisez :

Votre enfant est-il appareillé (2): oui non

Si oui, précisez: Dentaire Auditif Lunettes Autre (Précisez):.....

Nom du médecin traitant:

Téléphone:

(1) IMPORTANT: un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) est nécessaire (Allergies alimentaires, médicamenteuses ou autres, suivi d'un traitement médical). Pour tout renseignement sur la mise en place d'un PAI, vous devez prendre contact avec votre médecin traitant.

(2) Mention facultative

Autres renseignements à connaître concernant votre enfant

(Antécédent médicaux ou chirurgicaux)

.....
.....

Autorisations

Je, soussigné(e) (Nom et Prénom)

Agissant en qualité de: père mère représentant légal de l'enfant

➤ Autorise le transport de mon enfant et toute intervention médicale jugée utile sur l'état de mon enfant. (Cochez obligatoirement l'une des cases ci-contre) Oui Non

➤ Autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités A.L.P ou A.L.S.H organisées par le service enfance jeunesse. (cochez obligatoirement l'une des cases ci-contre) Oui Non

➤ Autorise la municipalité à transporter mon enfant dans ses véhicules (minibus ou véhicule du directeur) ou ceux de ses prestataires. (Cochez obligatoirement l'une des cases ci-contre) Oui Non

➤ Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur restaurant scolaire A.L.P & A.L.S.H à l'usage des familles pour les activités ? (Cochez obligatoirement l'une des cases ci-contre) Oui Non

➤ Autorise le service enfance & jeunesse à photographier et/ou filmer l'enfant, dans le cadre de l'activité périscolaire ainsi qu'à diffuser son image sur les supports suivants : site internet de la ville, journaux, bilans d'activités, expositions... (Cochez obligatoirement l'une des cases ci-contre) Oui Non

➤ Atteste de l'exactitude des renseignements portés dans le présent formulaire et m'engage à signaler tout changement éventuel au service enfance & jeunesse de la Ville d'Aniane.

Signature (OBLIGATOIRE):

Fait à, le

Ce dossier est à remettre IMPERATIVEMENT à l'accueil du service enfance & jeunesse

En application de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Cette loi vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la Ville D'Aniane, hôtel de ville BP11, 34150 Aniane.