FICHE ENFANT
Année 2026 / 2027

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*		
Né(e) le*		
N° téléphone domicile*		
N° téléphone travail*		
N° téléphone portable*		
Autorité parentale	☐ Conjointe ☐ Exclusive	☐ Conjointe ☐ 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)**
(Diphtérie, 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 où véhicule du directeur) ou ceux de ses prestataires. *(Cochez obligatoirement l'une des cases ci-contre)* ☐ **Oui** ☐ **Non**
- J'autorise les structures enfance/jeunesse à photographier et/ou filmer mon enfant dans le cadre des activités ainsi qu'à diffuser son image sur le site de la ville. *(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.
- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des activités municipales et m'engage à le respecter

Fait à.....**, le** .....

Signature (OBLIGATOIRE):

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.