



Fiche de renseignements 2025-2026

L'ENFANT

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Sexe : Féminin Masculin

Niveau scolaire 2024-2025 :

École :

INFORMATIONS MÉDICALES

Nom du médecin traitant :

Adresse et téléphone :

Votre enfant fait-il l'objet de projet d'accueil individualisé (PAI) avec l'école ? oui non

Si votre enfant a un problème de santé ou traitement médical, merci de préciser :

Si votre enfant a des allergies (médicaments, environnement, alimentaires...), merci de préciser lesquelles :

Merci de cocher la case si votre enfant porte :

 des lunettes des prothèses auditives des prothèses dentaires

Votre enfant a-t-il une reconnaissance MDPH ?

 oui non

Si oui, a-t-il une notification ?

 oui (merci d'en fournir une copie) nonBénéficie-t-il d'un accompagnement spécialisé (établissement médicaux social, suivi en libéral....) : oui nonSelon les besoins spécifiques de votre enfant, souhaitez-vous échanger en amont avec la directrice ou le Responsable de groupe scolaire afin de préparer son accueil ? oui non

RÉGIME ALIMENTAIRE

 standard sans porc sans viande

MERCİ DE COCHER UNE SEULE CASE

LES RESPONSABLES LÉGAUX

Situation de la famille : Séparé(e) ou Divorcé (e) Marié(e) ou Vie maritale

Responsable légal

Responsable légal

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

CP et Ville :

CP et Ville :

E-mail :

E-mail :

Téléphone portable :

Téléphone portable :

Profession :

Profession :

Employeur :

Employeur :

Téléphone professionnel :

Téléphone professionnel :

Numéro allocataire Caf (obligatoire pour le calcul des tarifs des accueils périscolaires) :Régime Sécurité sociale : Régime général Régime spécifique Autre :

PERSONNES A CONTACTER EN DEHORS DES PARENTS

| Nom et Prénom | Téléphone | Qualité* | A contacter en cas d'urgence** | Habilitée à reprendre l'enfant*** |
|---------------|-----------|----------|--------------------------------|-----------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

* Renseigner le lien avec l'enfant

** oui ou non

*** Attention, une personne mineure doit être âgée de 10 minimum

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) : responsable légal

ACCEPTÉ QUE :

↳ Le responsable prenne toutes les mesures, en cas d'urgence, y compris l'hospitalisation.

AUTORISE LA VILLE DE MONT-SAINT-AIGNAN :

↳ A effectuer des prises de vue (photographies, films) de mon enfant et à les utiliser, dans le seul cadre des services municipaux d'accueil de loisirs et périscolaire, à des fins exclusives d'illustration des activités organisées.

Oui

Non

↳ A utiliser les prises de vue dans le cadre d'une diffusion via les outils de communications de la ville (mag, site de la ville internet, réseaux sociaux).

Oui

Non

↳ A utiliser les prises de vue dans le cadre d'une diffusion via le site « Toute mon année », plateforme sécurisée, gérée par les responsables de groupes scolaires.

Oui

Non

AUTORISE MON ENFANT :

↳ Mon enfant à rentrer seul « **uniquement pour les enfants à partir de 6 ans** »

Oui

Non

CERTIFIE :

↳ Avoir pris connaissance du règlement intérieur des services municipaux en ligne à l'adresse suivante : <https://www.espace-citoyens.net/montsaintaignan/espace-citoyens/Activites/IndexInfosPratiquesPubliques> et en acceptant les modalités.

Fait à _____, le _____

SIGNATURES DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la mise en place du système monétique. Elles sont exclusivement destinées à la Direction de l'Enfance. Conformément à la Loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent : droit que vous pouvez exercer auprès de la Direction de l'Enfance 59 rue Louis Pasteur 76130 Mont-Saint-Aignan.