



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2024 / 2025

## ALSH Périscolaire / Temps méridien

**PHOTO**

PAS D'AGRAFE

SVP

Copie : Vaccinations

Assurance extrascolaire & Responsabilité civile

### RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance ...../...../..... Age ..... Classe .....

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX— INFORMATIONS

Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) **Motif** :.....

Suivi : CMPI  CAMS  CENTRE DE JOUR  Autres

Votre enfant présente-t-il un trouble alimentaire, une allergie, une difficulté avec certains aliments ? :

OUI  NON  Si Oui lesquels .....

**Pour les allergies ou régimes alimentaires particuliers un PAI devra obligatoirement être mis en place.**

J'autorise le personnel à administrer les médicaments prescrits par le médecin et sur présentation d'une ordonnance. OUI  NON

### AUTORISATIONS DE SORTIE

J'autorise mon enfant à partir seul : OUI  NON  Si NON uniquement les parents et

Avec Me, M : ..... TEL ...../...../...../...../.....

Avec Me, M : ..... TEL ...../...../...../...../.....

Avec Me, M : ..... TEL ...../...../...../...../.....

**Le personnel peut-être amené à demander la carte d'identité aux personnes habilitées.**

### MÈRE

### RENSEIGNEMENTS DES REPRESENTANTS LEGAUX

### PÈRE

Nom ..... Prénom ..... Nom ..... Prénom .....

Adresse ..... Adresse .....

CP: ..... Ville : ..... CP: ..... Ville : .....

Tél Port: ..... / ..... / ..... / ..... / ..... Tél Port: ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Tél Prof. .... / ..... / ..... / ..... / ..... Tél Prof. .... / ..... / ..... / ..... / .....

@

@

Copie de l'autorité parentale et du jugement si nécessaire

J'accepte de recevoir par mail les communications relatives aux activités du service périscolaire temps méridien

OUI  NON

### AUTORISATIONS

J'autorise la prise de photo de mon enfant dans le cadre des activités de l'ALSH périscolaires OUI  NON

J'autorise la diffusion des photos sur les Médias - Réseaux sociaux - Tirage papier OUI  NON

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la commune de Peipin à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (soins, hospitalisations, SAMU) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Date : ...../...../..... Signature du responsable légal :

*Ces données sont traitées afin de pouvoir gérer les inscriptions à l'ALSH. Elles sont conservées en mairie durant 10 ans, elles sont utilisées par les agents en charge de cette gestion.*