



Mairie de Saint-Claude : SERVICE ENFANCE PETITE ENFANCE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM et PRENOM DE L'ENFANT :

Date de naissance : Sexe : M F

École fréquentée : Nom de l'enseignant : Classe :

RESPONSABLE LÉGAL 1 :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal et Commune :

Téléphone du domicile et/ou portable :

Adresse mail :

Profession :

Nom, adresse complète et n° de téléphone de l'employeur :

.....

Horaires de travail :

RESPONSABLE LÉGAL 2:

Nom : Prénom :

Adresse (si différente) :

Code Postal et Commune :

Téléphone du domicile et/ou portable :

Adresse mail :

Profession :

Nom, adresse complète et n° de téléphone de l'employeur :

.....

Horaires de travail :

FAMILLE :

SITUATION DE FAMILLE : mariés- pacés- célibataire – en couple – divorcés/séparés – veuf, veuve

FRERES ET SŒURS :

Nom : Prénom : Né(e) le :

Nom : Prénom : Né(e) le :

Nom : Prénom : Né(e) le :

Nom : Prénom : Né(e) le :

AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE (pour les mineurs)

Nous soussignons, Monsieur ou Madame :

Autorise notre fils/fille : oui non

A être photographié(e) et/ou filmé(e) pour :

- L'utilisation et la diffusion des photographies ou vidéos lors de diverses activités dans les accueils de loisirs (presse, plaquettes...) pour l'ensemble des publications.
• La diffusion pour les événements internes des accueils de Loisirs (ex : fête de l'AL).
• La diffusion sur le site internet de la ville de Saint-Claude et réseaux sociaux (Facebook de l'accueil de loisirs de chabot sur un groupe privé), etc...



Personne habilitée à prendre l'enfant à la place des parents ou à contacter en cas d'urgence :

NOM : Prénom :
Adresse :
..... Téléphone :
Lien avec l'enfant : oncle, tante, grands-parents, voisin...

Personne habilitée à prendre l'enfant à la place des parents ou à contacter en cas d'urgence :

NOM : Prénom :
Adresse :
..... Téléphone :
Lien avec l'enfant : oncle, tante, grands-parents, voisin...

Nom, adresse complète et N° de téléphone du médecin traitant.....
.....

Observations particulières (allergie, problème de santé) :
.....
.....

L'enfant est-il en situation de handicap : oui non
Si oui, est-il bénéficiaire de l'AEEH : oui, merci de transmettre un justificatif non

AUTORISATION D'INTERVENTION MÉDICALE

Nous soussignés, Monsieur ou Madame :
Autorise de notre fils/ fille :
N'autorise pas de notre fils/fille
A subir une intervention médicale en cas d'accident, ou d'une maladie aiguë à évolution rapide.

Je déclare sur l'honneur l'exactitude de ces renseignements, j'ai pris connaissance des conditions d'inscriptions et de fonctionnement de la structure et je les accepte. Je m'engage à signaler tout changement relatif à cette déclaration (changement d'adresse, de téléphone, de situation familiale).

J'ai bien pris connaissance du règlement intérieur ci-joint et j'en accepte les termes.

Fait à..... le.....

Signature du responsable légal précédée de la mention "lu et approuvé"