

## 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 : .....

Nom famille et n° d'Allocataire : .....

**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- pacsés- 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"