

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"