

Renseignements Responsables Légaux

Tout dossier incomplet ne pourra être traité

Responsable 1

Père Mère Autre

Responsable 2

Père Mère Autre

Nom		
Prénom		
Tél. portable <small>(obligatoire)</small>		
Tél. fixe		
E-mail <small>(obligatoire)</small>		
Adresse complète		
Situation de Famille	<input type="checkbox"/> mariés <input type="checkbox"/> pacsés <input type="checkbox"/> union libre <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> séparés <input type="checkbox"/> divorcés <input type="checkbox"/> veuf(ve)	
Profession		
Employeur		
Tél. professionnel		

En cas de séparation ou divorce des parents, préciser :

Autorité parentale : conjointe au père à la mère

Résidence enfant(s) : garde alternée chez le père chez la mère

Et joindre : Copie du jugement de divorce /décision du Juge aux affaires familiales

ou Attestation sur l'honneur justifiant de la garde

Les numéros de téléphone fournis sur ce dossier seront communiqués à la cellule de gestion des risques majeurs de la commune et utilisés pour les vigilances météo ou tout autre risque majeur.

➤ Les informations et facturations sont systématiquement adressées par mail **à l'adresse du responsable 1** indiqué dans le dossier. Le cas échéant, il lui appartiendra de faire suivre la facture aux personnes concernées.

➤ Pour la sécurité des enfants, dans le cas d'une séparation, d'un divorce ou d'une décision judiciaire, veuillez préciser les **personnes ne pouvant pas avoir de contact avec les enfants** :

.....
Pour toute prise en compte, produire le justificatif ou la décision légale.

Renseignements Enfant(s)

Enfants	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant	4 ^{ème} enfant
Nom
Prénom
Date de naissance
Lieu de naissance
Ecole maternelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecole primaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Classe

Régime Alimentaire

Enfants	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant	4 ^{ème} enfant
Repas traditionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repas végétarien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repas sans porc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Renseignements Médicaux

Médecin traitant et téléphone :

Enfants	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant	4 ^{ème} enfant
Allergie ou régime alimentaire médicalement constatés	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, précisez	.....	.....	.....	.....
Contre-indication médicamenteuse	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, précisez	.....	.....	.....	.....
Traitement médical en cours	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, précisez	.....	.....	.....	.....
Projet d'accueil personnalisé (PAI)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Date du dernier rappel antitétanique :/...../.....

Aucun médicament ne pourra être administré.

Contacts d'Urgences

Personnes majeures à contacter en cas d'urgence et/ou autorisées à récupérer l'enfant (en dehors des responsables légaux).

Attention, l'enfant sera confié uniquement aux personnes mentionnées ci-dessous, **sur présentation d'une pièce d'identité.**

NOM et Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. portable :

➤ Autorisé(e) à venir chercher l'/les enfant(s) oui non

➤ A prévenir en cas d'urgence oui non

NOM et Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. portable :

➤ Autorisé(e) à venir chercher l'/les enfant(s) oui non

➤ A prévenir en cas d'urgence oui non

NOM et Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. portable :

➤ Autorisé(e) à venir chercher l'/les enfant(s) oui non

➤ A prévenir en cas d'urgence oui non

NOM et Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. portable :

➤ Autorisé(e) à venir chercher l'/les enfant(s) oui non

➤ A prévenir en cas d'urgence oui non

Procédure d'urgence

- 1 - Appel du SAMU ou des pompiers
- 2 - Appel des parents ou autre personne mentionnée précédemment si joignable
- 3 - Transfert de l'enfant vers le CHU ou autres établissements, par les services d'urgence

Autorisations Parentales

Pour les enfants de l'école Primaire

- J'autorise mon enfant à sortir seul à 11 h 50 et/ou à 16 h 10
- Je n'autorise pas mon enfant à sortir seul

Observations particulières

Observations que vous jugerez utiles de porter à notre connaissance :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Attestation sur l'honneur

Je soussigné (e), père / mère de/des enfant(s)

- Atteste l'exactitude des renseignements et informations transmis
- M'engage à signaler à la Mairie et à l'école tout changement modifiant les indications mentionnées sur cette fiche (adresse, problème de santé, situation familiale...).

Fait à : Fait à :
Le : Le :

Signature obligatoire des deux parents ou tuteur(s)

Responsable légal 1

Responsable légal 2