

**SERVICE ENFANCE JEUNESSE EDUCATION ville de St-Girons**  
**Fiche de renseignements – Année Scolaire 2017/2018**  
**A RETOURNER AVANT LE 08 SEPTEMBRE 2017**  
**AU SERVICE ENFANCE JEUNESSE EDUCATION OU A L'ALAE**

*(Cette fiche doit être remplie pour chaque enfant scolarisé sur la commune)*

(A REMPLIR EN LETTRES CAPITALES)

**L'ENFANT :**

Nom et Prénom : ..... Date de naissance : .....

Sexe : garçon  fille

Adresse : .....

Téléphone du domicile : .....

Ecole fréquentée : ..... Classe et nom de l'enseignant.....

**LA FAMILLE :**

Nom Prénom et date de naissance du **Père :**

.....

Adresse :

.....

Téléphone du domicile : ..... Téléphone portable du père :

.....

Employeur du **Père :** ..... Téléphone du lieu de travail :

.....

Nom Prénom et date de naissance de la **Mère :**

.....

Adresse :

.....

Téléphone du domicile : ..... Téléphone portable de la mère : .....

Employeur de la **Mère :** ..... Téléphone du lieu de travail :

.....

**SITUATION FAMILIALE :**

Marié :  Vie Maritale :  Séparé\* :  Veuf (ve) :  Célibataire :  Divorcé\* :

**\*dans ce cas, joindre une copie du jugement affectant la garde au père et/ou à la mère ainsi que le planning de garde alternée en cas de facturation distincte.**

Nom et Prénom du **Responsable** **légal :**

.....

Adresse : .....

Téléphone du domicile : ..... Téléphone portable :

.....

Téléphone du lieu de travail : .....

Autorité parentale conjointe : oui  non

Numéro d'allocataire CAF ou MSA : .....

Caf de : (Département).....

**QUOTIENT FAMILIAL (Obligatoire) CAF ou MSA :** .....

Numéro de Sécurité Social auquel est rattaché l'enfant :

.....

**MUTUELLE/ASSURANCE :**

L'enfant (ou son représentant légal) bénéficie-t-il d'une mutuelle ? oui  non

Si oui indiquez son nom : .....

Et son adresse : .....

**⚠ LES PARENTS DOIVENT OBLIGATOIREMENT FOURNIR L'ATTESTATION D'ASSURANCE EN RESPONSABILITE CIVILE ET INDIVIDUELLE ACCIDENT EN COURS DE VALIDITE ET COUVRANT L'ENFANT.**

### **AUTORISATION DE SORTIE :**

Personnes habilitées à prendre en charge l'enfant (munies d'une pièce d'identité) :

Nom et Prénom : .....

En qualité de : ..... Numéro de téléphone : .....

Nom et Prénom : .....

En qualité de : ..... Numéro de téléphone : .....

Nom et Prénom : .....

En qualité de : ..... Numéro de téléphone : .....

Je soussigné(e)..... autorise mon enfant à sortir seul de l'Accueil de Loisirs et des Accueils Périscolaires : oui  non

### **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET SANITAIRES :**

Médecin de famille : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

- L'enfant est-il autorisé à manger de la viande? : oui  non  du porc ? : oui  non

L'enfant a-t-il un régime alimentaire particulier, des allergies ? :

oui  : ..... non

L'enfant bénéficie-t-il d'un P.A.I (Protocole d'Accueil Individualisé) ? oui \*  non

***\*si oui, fournir obligatoirement une copie du PAI actualisé qui doit être renouvelé chaque année. Les enfants atteints d'allergies sont autorisés à manger au restaurant scolaire, à condition qu'un PAI ait été préalablement signé entre la Commune, la famille, le Médecin et le responsable de la cantine. Ce Protocole assure d'accueillir l'enfant en toute sécurité. En cas de traitement d'urgence prévu par un PAI, la famille doit fournir une trousse au nom de l'enfant au personnel de l'Accueil de Loisirs, avec les éventuels médicaments à administrer à l'élève en cas de crise. La commune décline toute responsabilité dans le cas où un enfant allergique mangerait à la cantine ou fréquenterait l'Accueil de loisirs, sans signature d'un PAI, et qui aurait un problème lié à l'ingestion d'aliments interdits.***

**Aucun médicament ne sera administré par le personnel d'encadrement en dehors des Protocoles d'Accueil Individualisé.**

### **AUTORISATION PARENTALE :**

Je soussigné(e) .....

autorise mon enfant (nom, prénom) ..... à participer à toutes les activités de l'Accueil de Loisirs et des Accueils Périscolaires, y compris : les activités sportives, les sorties (au sein ou hors de la commune), ainsi que les activités organisées pendant le temps de restauration. J'autorise en outre le Directeur de l'Accueil de Loisirs à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toute intervention d'urgence. En cas d'accident, prévenir (nom, prénom, adresse et numéro de téléphone) :

J'autorise la photographie et la vidéo de mon enfant lors des activités et la diffusion le cas échéant sur une parution municipale : oui  non

La commune décline toute responsabilité concernant les objets de valeur (bijoux, etc...) qui seraient détériorés, perdus ou volés.

Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts.

Fait à : ..... le : .....

**Signature :** Père Mère Responsable Légal

**⚠ ADRESSE MAIL OBLIGATOIRE POUR RÉCEPTION PAR LA FAMILLE DES FACTURES CANTINE, ALAE et ALSH : .....**