

FICHE ENFANT

(Une fiche par enfant)

Nom : Prénom :

Garçon ☐ Fille ☐ Date de naissance : / / (JJ/MM/AAAA)

Si vous avez d'autres enfants scolarisés :

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

☐ J'autorise l'Espace famille à consulter mon dossier d'allocataire auprès de la Caf afin de déterminer la tarification appliquée à mon quotient familial et de simplifier mes démarches.

☐ Je n'autorise pas l'Espace famille à consulter mon dossier d'allocataire auprès de la Caf. Je dois transmettre mon attestation Caf mentionnant mon quotient familial.

À défaut, le tarif le plus élevé s'appliquera.

Je transmets mes coordonnées Caf pour mettre à jour mon quotient familial et y appliquer la tarification.

Nom et prénom de l'allocataire :

Numéro d'allocataire :

Date et lieu de naissance de l'allocataire :

..... / / à

pays :

Coordonnées de la mère, du père, de la tutrice ou du tuteur légal, (à ne compléter que s'ils sont différents des représentants du foyer) :

Nom : Prénom :

Adresse : Tél :

☐ père

☐ mère

☐ tutrice

☐ tuteur

Nom : Prénom :

Adresse :

☐ père

☐ mère

☐ tutrice

☐ tuteur

Les factures seront libellées et adressées au représentant n°1 du foyer.

Contacts autorisés à venir chercher l'enfant aux différentes activités périscolaires et extrascolaires (autres que les représentants 1 et 2) :

Nom : Prénom :

Lien avec l'enfant :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Nom : Prénom :

Lien avec l'enfant :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Nom : Prénom :

Lien avec l'enfant :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Réservé à l'administration

Dossier reçu le : par :

Dossier saisi le : par :

L'enfant :

Nom : Prénom :

INFORMATIONS SANITAIRES

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant bénéficie d'un Protocole d'accueil individualisé (PAI) : Oui ☐ Non ☐

Si oui, pour quel motif ?

Asthme : Oui ☐ Non ☐

Médicamenteux : Oui ☐ Non ☐

Alimentaire : Oui ☐ Non ☐

Autre :

Merci d'adresser les justificatifs sous pli confidentiel

Nom du médecin traitant : Tél :

Informations utiles à l'accueil de l'enfant :

L'enfant a une notification de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

Oui ☐ Non ☐

L'enfant est suivi dans le cadre d'une consultation ou d'un établissement spécialisé

Oui ☐ Non ☐

Si oui, lequel ?

L'enfant est autorisé à se baigner Oui ☐ Non ☐ (Si non, précisez le motif) :

Recommandations utiles :

L'enfant porte des lunettes Oui ☐ Non ☐

Des lentilles Oui ☐ Non ☐

L'enfant porte des prothèses

auditives Oui ☐ Non ☐

Dentaires Oui ☐ Non ☐

En cas d'accident, j'autorise le ou la responsable de la structure à prendre toutes les décisions nécessaires concernant des soins et/ou une hospitalisation de mon enfant.

J'atteste sur l'honneur avoir souscrit une police d'assurance en responsabilité civile au bénéfice des membres inscrits aux activités extra et périscolaires.

Compagnie de l'assurance scolaire :

N° de contrat :

Date :/...../.....

Signature :