



FICHE ENFANT

(Remplir une fiche par enfant)

Nom : Prénom : Garçon ☐ Fille ☐

Né(e) le : / /

Frère ou soeur scolarisé(e) Nom : Prénom :

Frère ou soeur scolarisé(e) Nom : Prénom :

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

Nom et prénom de l'allocataire :

N° d'allocataire :

Coordonnées de la mère, du père ou du tuteur(rice) légal(e), **si différents des représentants du foyer** :

Nom : Prénom : Adresse :

Tél :

☐ père

☐ mère

☐ tuteur

Nom : Prénom : Adresse :

Tél :

☐ père

☐ mère

☐ tuteur

Je prends note que les factures seront libellées et adressées au représentant n°1 du foyer.

Contacts (autres que les représentants 1 et 2) :

Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Cochez la case suivante si vous autorisez le contact à :

☐ Venir chercher l'enfant aux différentes activités périscolaires et extrascolaires.

Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Cochez la case suivante si vous autorisez le contact à :

☐ Venir chercher l'enfant aux différentes activités périscolaires et extrascolaires.

Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Cochez la case suivante si vous autorisez le contact à :

☐ Venir chercher l'enfant aux différentes activités périscolaires et extrascolaires.

Réservé à l'administration :

Dossier reçu le :

par :

Dossier saisi le :

par :



INFORMATIONS SANITAIRES

Enfant concerné :

Nom : Prénom :

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant bénéficie-t-il d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) : Oui ☐ Non ☐

Si oui, pour quel motif ?

Asthme : Oui ☐ Non ☐

Médicamenteux : Oui ☐ Non ☐

Alimentaire : Oui ☐ Non ☐

Autres :

Merci d'adresser les justificatifs sous pli confidentiel

Nom du médecin traitant : Tél :

Informations utiles à l'accueil de l'enfant :

Votre enfant a-t-il une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ? Oui ☐ Non ☐

Votre enfant est-il suivi dans le cadre d'une consultation ou d'un établissement spécialisé ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lequel ?

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

Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? Oui ☐ Non ☐ Des lentilles ? Oui ☐ Non ☐

Votre enfant porte-t-il des prothèses auditives ? Oui ☐ Non ☐ Dentaires ? Oui ☐ Non ☐

En cas d'accident, j'autorise le ou la responsable à prendre toutes les décisions nécessaires pour apporter les soins (et/ou hospitalisations) indispensables à mon enfant.



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

Compagnie de l'assurance scolaire :

Date : / /

N° de contrat :

Signature :