

FICHE ENFANT

(Une fiche par enfant)

Nom : Prénom :

Garçon Fille Date de naissance : / /

Si vous avez d'autres enfants :

Scolarisation frère ou sœur Nom : Prénom :

Scolarisation frère ou sœur 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 :

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 (autres que les représentants 1 et 2) :

Nom : Prénom :

Lien avec l'enfant :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Peut venir chercher l'enfant aux différentes activités périscolaires et extrascolaires oui non

Nom : Prénom :

Lien avec l'enfant :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Peut venir chercher l'enfant aux différentes activités périscolaires et extrascolaires oui non

Nom : Prénom :

Lien avec l'enfant :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Peut venir chercher l'enfant aux différentes activités périscolaires et extrascolaires oui non

J'autorise l'Espace famille à consulter mon dossier 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 allocataire auprès de la CAF. Je dois transmettre mon attestation CAF mentionnant mon quotient familial. À défaut, le tarif le plus élevé s'appliquera.

Réservé à l'administration

Dossier reçu le :

par :

Dossier saisi le :

par :

Enfant concerné :

Nom : Prénom :

INFORMATIONS SANITAIRES

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

Autre :

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 hospitalisation à 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.

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

Compagnie de l'assurance scolaire :

Signature :

N° de contrat :