



L'ENFANT

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

Lieu de naissance : ..... Dépt : .....

Sexe : Masculin [ ] Féminin [ ]

Adresse : ..... CP ..... Ville : .....

Classe : ..... Nom de l'enseignant (e) : .....

ÉCOLE : [ ] Marius Assez [ ] Julien Beauvillain [ ] Jules Ferry [ ] Extérieur

L'enfant habite : [ ] Chez ses parents [ ] chez sa mère [ ] chez son père [ ] Garde Alternée,

Adresse du 2ème Responsable légal de l'enfant : .....

[ ] Autre (préciser) : .....

HABITUDES ALIMENTAIRES : Sans Porc [ ] OUI [ ] NON VÉGÉTARIEN : [ ] OUI [ ] NON Autre : .....

PARENTS/RESPONSABLES LÉGAUX

Situation de famille : Mariés [ ] Divorcés [ ] Veuf (ve) [ ] Vie maritale [ ] Assistante familiale [ ]

Autre : .....

RSA [ ] oui [ ] non (attestation caf à remettre obligatoirement)

Table with 4 columns: Noms et Prénoms, Père, Mère, Autre. Rows include Téléphone fixe, Téléphone portable, Profession, Employeur/adresse, Téléphone employeur.

Adresse Mail (Obligatoire) : .....@ .....

Personnes autorisées à reprendre l'enfant et à être contactées en cas d'urgence

Table with 3 columns: Nom et Prénom, Lien de parenté, Téléphone. Multiple rows for listing authorized persons.

Personnes mineures autorisées à reprendre l'enfant

Je soussigné (e) M-Mme ..... autorise M/Mlle ..... âgé de ..... ans, à venir chercher mon enfant à la structure concernée.

## DROIT A L'IMAGE

J'autorise  Je n'autorise pas

les services de cantine – garderie périscolaire, L'ALSH de la commune d'Abscon  
à utiliser à des fins représentatives du service et sous toutes ses formes (site internet, bulletin municipal)  
les photos ou vidéos prises de mon enfant au cours des activités périscolaires et extra-scolaires

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

copie du carnet de VACCINATIONS

L'enfant a t-il déjà eu les maladies suivantes ? (cocher si oui)

Rubéole  Varicelle  Angine  Scarlatine  
 Coqueluche  Otites  Asthme  Rougeole

Indiquer ici les autres difficultés de santé en précisant les dates ainsi que les allergies alimentaires ou autres connues :

.....  
.....

L'enfant porte-il des lunettes : oui  non

Prothèses dentaires oui  non

Prothèses auditives oui  non

L'enfant suit un traitement ? OUI  NON

Si oui lequel :

.....  
.....

L'enfant bénéficie-t-il d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) : OUI  NON

Attention ! En cas d'allergie alimentaire ou de traitement médical, votre enfant ne pourra être accueilli  
au restaurant scolaire qu'après mise en place d'un PAI.

Il vous appartient de solliciter le médecin scolaire  
pour sa mise en place.

Nom du médecin traitant : ..... 

Hôpital choisi en cas d'urgence : .....

## DOCUMENTS A FOURNIR

Afin que votre enfant puisse être inscrit aux différents services, il faut impérativement fournir :

- La présente fiche unique de renseignements,
- Une copie des pages de vaccinations de l'enfant,
- Une attestation d'assurance de responsabilité civile pour l'année scolaire 2024/2025,
- Le jugement de divorce le cas échéant pour attester de l'autorité parentale et du domicile de l'enfant.
- Avis d'imposition 2024 sur les revenus 2023.

Date : ..... Signatures des responsables légaux :

Cadre réservé à l'administration :

Dossier complet :