

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

**① REPRESENTANT LÉGAL 1 OU TUTEUR**

Nom d'usage : ..... Prénom : .....  
 Nom de naissance : ..... Date de naissance : .. / .. / ..  
 Qualité :  père  mère / autre (préciser) : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Ville : .....  
 N° tél. domicile : ..... N° tél. portable : .....  
 E-Mail : ..... N° allocataire CAF : .....

Nom de l'employeur : ..... N° tél. professionnel : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Ville : .....

**② REPRESENTANT LÉGAL 2**

Nom d'usage : ..... Prénom : .....  
 Nom de naissance : ..... Date de naissance : .. / .. / ..  
 Qualité :  père  mère / autre (préciser) : .....  
 Adresse : (si différente du représentant 1) .....  
 Code postal : ..... Ville : .....  
 N° tél. domicile : ..... N° tél. portable : .....  
 E-Mail : ..... N° allocataire CAF : .....

Nom de l'employeur : ..... N° tél. professionnel : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Ville : .....

**③ SITUATION FAMILIALE**

Célibataire  En couple  Marié(e)  Divorcé(e)  Pacsé(e)  veuf(ve)  
 Nombre d'enfants à charge : .....

**ENFANTS DE LA FAMILLE**

Nom	Prénom	Date de naissance	Scolarisé	Établissement
.....	.....	.. / .. / ..	oui : <input type="checkbox"/>	.....
.....	.....	.. / .. / ..	oui : <input type="checkbox"/>	.....
.....	.....	.. / .. / ..	oui : <input type="checkbox"/>	.....
.....	.....	.. / .. / ..	oui : <input type="checkbox"/>	.....
.....	.....	.. / .. / ..	oui : <input type="checkbox"/>	.....
.....	.....	.. / .. / ..	oui : <input type="checkbox"/>	.....

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### ④ AUTRES PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE, AUTORISÉES À PRENDRE EN CHARGE L'ENFANT

#### PERSONNE 1

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Lien avec l'enfant : ..... N° de tél. : .....

#### PERSONNE 2

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Lien avec l'enfant : ..... N° de tél. : .....

#### PERSONNE 3

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Lien avec l'enfant : ..... N° de tél. : .....

### ⑤ RESPONSABILITÉ CIVILE ASSURANCE EXTRA SCOLAIRE

Nom de la compagnie d'assurance : ..... N° de contrat ou police : .....

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant .....  
 ou des enfants : .....

Autorise mon (mes) enfant(s) ..... à quitter seul l'étude dirigée à 17h30 :  oui  non

Autorise mon (mes) enfant(s) à participer à toutes les activités et sorties organisées dans le cadre des accueils :  oui  non  
 (en cas de contre indication à la pratique d'activités physiques, un certificat médical devra être fourni)

Autorise la publication municipale de photos ou films sur lesquels figurent mon (mes) enfant(s) qui seraient pris dans le cadre des activités communales :  oui  non

Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur consultable en ligne sur le site de la commune et l'espace famille déclare approuvé son contenu et m'engage à m'y conformer.

Reconnais avoir pris connaissance que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative et pédagogique des élèves conformément à la loi "informatique et liberté" du 6 janvier 1978 modifié en 2004 vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent que vous pouvez exercer en vous adressant à la mairie de Vaureal.

Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la fiche de renseignement et la fiche sanitaire de liaison et m'engage à prévenir le service Régie de tout changement éventuel.

Formulaire complété le : / /

#### Dossier complet :

- 1 Fiche de renseignements par famille
  - 1 Fiche sanitaire de liaison par enfant
- Transmettre en priorité par mail au service Régie  
 serviceregie@mairie-vaureal.fr

**Date limite de dépôt : Le 30 Juin 2017**

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### Enfant 1

#### ① INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : .. / .. / ..... Lieu de naissance : .....  
 fille  garçon Ecole fréquentée : .....  Restauration sans porc

#### ② VACCINATIONS

DT POLIO ou TETRACOQ Date de vaccination : .. / .. / ..... BCG :  oui  non  
Date du dernier rappel : .. / .. / .....

#### ③ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Interventions chirurgicales subies : .....

L'enfant suit-il un traitement médical :  oui  non Si oui, lequel : .....

Médecin traitant : (Nom et téléphone) .....

Recommandations utiles des parents et conduites à tenir :

*Indiquez dans le cadre ci-dessous les informations que vous jugez utiles dans l'intérêt du suivi de votre enfant (asthme, allergies, problèmes médicaux, port de lunettes, prothèses etc...).*

Cela entraîne-t'il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) :  oui  non

Si oui, joindre le protocole et toutes informations utiles signé par :  
- le médecin scolaire  
- votre généraliste ou spécialiste  
- le directeur d'école  
- un représentant de la ville.

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant .....

Autorise les responsables des différents accueils à prendre, en cas de maladie ou d'accident de mon enfant, toutes les mesures d'urgence tant médicales que chirurgicales y compris éventuellement l'hospitalisation et à le sortir de l'hôpital en mes lieu et place et m'engage à régler tous les frais consécutifs.

Atteste sur l'honneur la véracité des informations communiquées.

Fait à : ..... Le : .. / .. / .....

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### Enfant 2

#### ① INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : .. / .. / ..... Lieu de naissance : .....  
 fille  garçon Ecole fréquentée : .....  Restauration sans porc

#### ② VACCINATIONS

DT POLIO ou TETRACOQ Date de vaccination : .. / .. / ..... BCG :  oui  non  
 Date du dernier rappel : .. / .. / .....

#### ③ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Interventions chirurgicales subies : .....

L'enfant suit-il un traitement médical :  oui  non Si oui, lequel : .....

Médecin traitant : (Nom et téléphone) .....

Recommandations utiles des parents et conduites à tenir :

*Indiquez dans le cadre ci-dessous les informations que vous jugez utiles dans l'intérêt du suivi de votre enfant (asthme, allergies, problèmes médicaux, port de lunettes, prothèses etc...).*

Cela entraîne-t'il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) :  oui  non

Si oui, joindre le protocole et toutes informations utiles signé par :  
 - le médecin scolaire  
 - votre généraliste ou spécialiste  
 - le directeur d'école  
 - un représentant de la ville.

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant .....

Autorise les responsables des différents accueils à prendre, en cas de maladie ou d'accident de mon enfant, toutes les mesures d'urgence tant médicales que chirurgicales y compris éventuellement l'hospitalisation et à le sortir de l'hôpital en mes lieu et place et m'engage à régler tous les frais consécutifs.

Atteste sur l'honneur la véracité des informations communiquées.

Fait à : ..... Le : .. / .. / .....

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### Enfant 3

#### ① INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : .. / .. / ..... Lieu de naissance : .....  
 fille  garçon Ecole fréquentée : .....  Restauration sans porc

#### ② VACCINATIONS

DT POLIO ou TETRACOQ Date de vaccination : .. / .. / ..... BCG :  oui  non  
 Date du dernier rappel : .. / .. / .....

#### ③ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Interventions chirurgicales subies : .....

L'enfant suit-il un traitement médical :  oui  non Si oui, lequel : .....

Médecin traitant : (Nom et téléphone) .....

Recommandations utiles des parents et conduites à tenir :

*Indiquez dans le cadre ci-dessous les informations que vous jugez utiles dans l'intérêt du suivi de votre enfant (asthme, allergies, problèmes médicaux, port de lunettes, prothèses etc...).*

Cela entraîne-t'il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) :  oui  non

Si oui, joindre le protocole et toutes informations utiles signé par :  
 - le médecin scolaire  
 - votre généraliste ou spécialiste  
 - le directeur d'école  
 - un représentant de la ville.

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant .....

Autorise les responsables des différents accueils à prendre, en cas de maladie ou d'accident de mon enfant, toutes les mesures d'urgence tant médicales que chirurgicales y compris éventuellement l'hospitalisation et à le sortir de l'hôpital en mes lieu et place et m'engage à régler tous les frais consécutifs.

Atteste sur l'honneur la véracité des informations communiquées.

Fait à : ..... Le : .. / .. / .....

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### Enfant 4

#### ① INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : .. / .. / ..... Lieu de naissance : .....  
 fille  garçon Ecole fréquentée : .....  Restauration sans porc

#### ② VACCINATIONS

DT POLIO ou TETRACOQ Date de vaccination : .. / .. / ..... BCG :  oui  non  
 Date du dernier rappel : .. / .. / .....

#### ③ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Interventions chirurgicales subies : .....

L'enfant suit-il un traitement médical :  oui  non Si oui, lequel : .....

Médecin traitant : (Nom et téléphone) .....

Recommandations utiles des parents et conduites à tenir :

*Indiquez dans le cadre ci-dessous les informations que vous jugez utiles dans l'intérêt du suivi de votre enfant (asthme, allergies, problèmes médicaux, port de lunettes, prothèses etc...).*

Cela entraîne-t'il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) :  oui  non

Si oui, joindre le protocole et toutes informations utiles signé par :  
 - le médecin scolaire  
 - votre généraliste ou spécialiste  
 - le directeur d'école  
 - un représentant de la ville.

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant .....

Autorise les responsables des différents accueils à prendre, en cas de maladie ou d'accident de mon enfant, toutes les mesures d'urgence tant médicales que chirurgicales y compris éventuellement l'hospitalisation et à le sortir de l'hôpital en mes lieu et place et m'engage à régler tous les frais consécutifs.

Atteste sur l'honneur la véracité des informations communiquées.

Fait à : ..... Le : .. / .. / .....