

CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE

Date de création de la fiche : / /

DIABOLO BADGE

ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse de l'enfant :

Sexe : Féminin Masculin

École :

Classe à la rentrée 2025 : TPS PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

▶ PARENT 1 Madame Monsieur ▶ PARENT 2 Madame Monsieur

<p>Nom : <input type="text"/></p> <p>Prénom : <input type="text"/></p> <p>Date de naissance : <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/></p> <p>Profession : <input type="text"/></p> <p>Employeur : <input type="text"/></p> <p>Téléphone fixe : <input type="text"/></p> <p>Téléphone port. : <input type="text"/></p> <p>Téléphone travail : <input type="text"/></p> <p>Mail : <input type="text" value=""/> @ <input type="text" value=""/></p> <p>Mail pour le portail famille : <input type="text"/></p>	<p>Nom : <input type="text"/></p> <p>Prénom : <input type="text"/></p> <p>Date de naissance : <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/></p> <p>Profession : <input type="text"/></p> <p>Employeur : <input type="text"/></p> <p>Téléphone fixe : <input type="text"/></p> <p>Téléphone port. : <input type="text"/></p> <p>Téléphone travail : <input type="text"/></p> <p>Mail : <input type="text" value=""/> @ <input type="text" value=""/></p>
--	---

FAMILLE

Mariés Vie maritale Parent isolé

Parent séparés ou divorcés Garde alternée **Oui** **Non**

Nombre d'enfants à charge

Êtes-vous allocataire de la CAF ? **Oui** **Non** Mon enfant est bénéficiaire de l'AEEH **Oui** **Non**

Si oui, quel est votre numéro d'allocataire ?

Compagnie d'assurance :

N° Police :



L'enfant est-il allergique ?

- | | | |
|--------------------|------------|------------|
| - Asthme : | Oui | Non |
| - Médicamenteuse : | Oui | Non |
| - Alimentaire : | Oui | Non |
| - Autres : | Oui | Non |

Si oui, précisez :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Fournir obligatoirement le protocole écrit ou le justificatif médical en cas d'allergie alimentaire (allergologue).

Indiquez ci-dessous les autres difficultés de santé en précisant les dates et les précautions à prendre :

(maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation...)

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ?

Oui **Non**

Si oui, joindre une ordonnance récente avec les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice), ainsi qu'une autorisation parentale écrite.

Nature du traitement suivi :

Aucun médicament ne pourra être administrés sans ordonnance + autorisation.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Notez ici tout ce que vous pensez nécessaire que nous sachions :

EN CAS D'URGENCE, AUTRE PERSONNE À PRÉVENIR

Nom, prénom :

Lien avec l'enfant :

Téléphone fixe :

Téléphone port. :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) :

Responsable légal de l'enfant :

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Autorise la mairie à utiliser les photographies et les vidéos où apparaît mon enfant pour parution dans les supports de communication, sites Internet municipaux, intercommunaux ou autres (avec l'accord préalable de la direction).

Autorise le responsable de l'accueil périscolaire à faire soigner mon enfant.

Nom du médecin traitant :

Et à faire pratiquer les interventions d'urgence éventuellement sous anesthésie générale suivant les prescriptions des médecins.

Atteste que mon enfant est à jour des vaccins obligatoires.

Autorise à reprendre mon enfant à la garderie la ou les personnes suivantes :

Nom et prénom :

Lien avec l'enfant :

Nom et prénom :

Lien avec l'enfant :

Nom et prénom :

Lien avec l'enfant :

Autorise mon enfant à repartir seul

Oui **Non**

Si oui, à quelle heure ?

Autorise mon enfant à repartir avec son frère ou sa soeur

Oui **Non**

J'ai pris connaissance du règlement de fonctionnement de l'accueil périscolaire et m'engage à le respecter.

Signature obligatoire des 2 parents :