

PHOTO  
OBLIGATOIRE



Lauret



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2023/2024

### ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe :  Fille  Garçon

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : .....

.....

.....

### REPRESENTANTS LEGAUX

Responsable légal 1 : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <b>Les factures seront émises à ce nom et à cette adresse</b>	Responsable légal 2 : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Né(e) le : .....	Né(e) le : .....
A : .....	A : .....
Adresse (si différente de l'adresse de l'enfant) : ..... ..... .....	Adresse (si différente de l'adresse de l'enfant) : ..... ..... .....
Tél. domicile : .....	Tél. domicile : .....
Tél. portable : .....	Tél. portable : .....
Tél professionnel : .....	Tél professionnel : .....
Courriel : .....	Courriel : .....
Autorité Parentale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorité Parentale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Prévenir en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Prévenir en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Payeur : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Payeur : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Cochez la case correspondante à la situation actuelle : *(Fournir un justificatif)*

Garde conjointe et simultanée des 2 parents.  Garde chez un seul parent (à préciser) : .....

Garde alternée : Semaine paire, chez : ..... Semaine impaire, chez : .....

### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

*(autres que les représentants légaux, la présentation de la pièce d'identité est obligatoire)*

Nom Prénom	Lien de Parenté	Téléphone

**ASSURANCES**

Régime d'assurance maladie : CPAM  MSA  Autres  .....

Numéro de sécurité sociale de l'assuré (auquel l'enfant est rattaché) : .....

Numéro d'allocataire CAF : ..... Hérault  Autres  .....

Numéro d'allocataire MSA : .....

Nombre d'enfants dans la famille : .....

Nombre d'enfants fréquentant l'école et/ou l'ALSH : .....

**INFORMATIONS MEDICALES**

► **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

3 VACCINS OBLIGATOIRES (DTP)	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
DIPHTERIE		COQUELUCHE (souvent avec DTP)	
TETANOS		HEPATITE B (souvent avec DTP)	
POLIOMYELITE		PNEUMOCOQUE	
		ROUGEOLE-OREILLONS-RUBEOLE	

► **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Médecin traitant : ..... Téléphone : .....

L'enfant a-t-il un traitement médical en cours? Oui  Non

Si l'enfant doit suivre un traitement, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments. **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance du médecin**

L'enfant porte-t-il des prothèses auditives, des lentilles, des prothèses dentaires : Oui  Non

Préciser : .....

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Coqueluche  Oreillons  Rougeole  Rubéole  Scarlatine  Varicelle  Angine  Otite  Rhumatisme

L'enfant a-t-il :

- De l'Asthme : Oui  Non

- Des Allergies : Oui  Non  Alimentaires : Préciser : .....

Médicamenteuses : Préciser : .....

- Un PAI : Oui  Non  Alimentaire  /Autre  : .....

- Un Régime alimentaire : Sans Porc  Sans Viande  Sans Régime

Autres difficultés de santé à signaler :

.....  
 .....

**AUTORISATIONS**

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

	OUI	NON
Autorise mon enfant à participer aux activités organisées par le MUC		
Autorise le MUC à transporter mon enfant sur tout lieu d'activité		
Autorise mon enfant à rentrer seul après les activités		
Autorise l'association à utiliser des photos ou vidéos prises dans le cadre des activités organisées pour une stricte utilisation sur les supports de communication de l'association ou de la commune, y compris sur les réseaux sociaux		
Autorise, en cas d'urgence, l'hospitalisation de mon enfant au centre hospitalier le plus proche et faire pratiquer les soins, examens et interventions nécessaires		
Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et du projet pédagogique de la structure		

Fait le .....

à .....

Signature du père, mère, tuteur (1)

Signature du père, mère, tuteur (1)

**LISTE DES ELEMENTS A JOINDRE POUR LA CONSTITUTION DU DOSSIER**

- La fiche renseignements dûment remplie avec photo d'identité
- 1 Copie des pages de vaccinations à jour
- 1 Copie de l'Attestation de sécurité sociale
- 1 Copie de l'Attestation Mutuelle
- 1 Copie de l'attestation d'assurance responsabilité civile au nom de l'enfant
- Le règlement intérieur daté et signé
- 1 Copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition du foyer fiscal