



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Pour l'année scolaire :

En école maternelle

En école primaire Classe :

Renseignements sur l'enfant
Nom :
Prénoms :
Date de naissance : /... /..... Lieu de naissance : Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

Renseignements sur les parents	
Père Nom : Prénom : Adresse : Est-ce l'adresse de l'enfant ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail : Mail : Profession :	Mère Nom : Prénom : Adresse : Est-ce l'adresse de l'enfant ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail : Mail : Profession :

Tiers délégataire (personne autre qu'un des parents ayant l'autorité parentale)
Lien avec l'enfant* :
Nom :
Prénom :
Adresse :
Est-ce l'adresse de l'enfant ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Tél. mobile :
Tél. domicile :
Tél. travail :
Mail :
Profession :

Régime d'appartenance
L'enfant est allocataire à : <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre régime :
N° d'allocataire :

* Ascendants/fratrie/autre membre de la famille/éducateur/assistant familial/garde d'enfant/aide sociale à l'enfance/autre lien (préciser)

Personnes à contacter en cas d'urgence

Lien avec l'enfant* :
Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
.....
Tél. mobile :

Lien avec l'enfant* :
Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
.....
Tél. mobile :

Lien avec l'enfant* :
Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
.....
Tél. mobile :

Lien avec l'enfant* :
Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
.....
Tél. mobile :

Restauration scolaire

Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires ? oui non

Si oui, lesquelles ?

.....
.....

Votre enfant a-t-il des restrictions alimentaires ? oui non

Si oui, lesquelles ?

.....
.....

AUTORISATIONS

Je soussigné(e),
représentant légal de

Transport et temps périscolaires :

autorise mon enfant à descendre à l'arrêt de bus
(si 2 arrêts différents, car garde par une assistante maternelle, merci de fournir une attestation de garde de cette dernière)

à être pris en charge par :

Mr et Mme

ou Mr et Mme

ou Mr et Mme

ou Mr et Mme

ou par l'aîné de la famille

ou à repartir seul oui non

Hospitalisation

autorise

n'autorise pas

le personnel communal à prendre toutes les dispositions nécessaires à mon enfant en cas de nécessité, y compris l'hospitalisation ou l'admission aux urgences.

Droit à l'image

autorise

n'autorise pas

la prise de photographies de mon enfant et la diffusion de celles-ci dans le cadre des activités périscolaires.

ATTESTATIONS

atteste avoir pris connaissance des règlements de transports et de restauration scolaires et de les accepter dans la totalité de leurs termes.

atteste l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier

Date et signature des représentants légaux :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).
Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non
.....
.....
.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....
.....
.....
.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :
.....
TEL DOMICILE TEL TRAVAIL
TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :
.....
TEL DOMICILE TEL TRAVAIL
TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

FORMULAIRE DEMANDE DE CARTE

Regroupement scolaire

2020/2021

Photo d'identité
récente
à agraffer

Merci de compléter **entièrement** le formulaire afin que votre demande soit traitée :

REGROUPEMENT SCOLAIRE CARCT	
<p>Elève : (écrire en MAJUSCULES)</p> <p>*NOM : _____</p> <p>*PRENOM : _____</p> <p>Sexe : <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M *Date de naissance : __/__/____</p> <p>*Adresse de l'élève : _____</p> <p>*Code postal : __ __ __ __ __ *Ville : _____</p>	<p>*Regroupement scolaire fréquenté à la rentrée 2020/2021 :</p> <p><input type="radio"/> Ecole : _____</p> <p>Classe : _____</p> <p>Trajet :</p> <p>*Arrêt de montée : _____</p> <p>*Arrêt de descente : _____</p>
<p>Représentant légal de l'élève : (écrire en MAJUSCULES)</p> <p>*NOM : _____ *PRENOM : _____ *Téléphone ☎ : _____</p> <p>*Adresse : (si différente) _____ *Code postal : __ __ __ __ __ *Ville : _____</p>	
<p>*Garde alternée : (si Oui, merci de compléter cette rubrique) :</p> <p>*NOM : _____ *PRENOM : _____</p> <p>*Adresse : _____</p> <p>*Code postal : __ __ __ __ __ *Ville : _____</p> <p>*Arrêt de montée : _____</p> <p>*Arrêt de descente : _____</p>	<p>*Assistante maternelle : (si Oui, merci de compléter cette rubrique) :</p> <p>*NOM : _____ *PRENOM : _____</p> <p>*Adresse : _____</p> <p>*Code postal : __ __ __ __ __ *Ville : _____</p> <p>*Arrêt de montée : _____</p> <p>*Arrêt de descente : _____</p>
<p>Elément à fournir :</p> <p>➤ Photo récente d'Identité</p>	
<p>*Données obligatoires</p>	

- Nous reconnaissons avoir pris connaissance du règlement intérieur concernant le transport scolaire disponible sur <https://www.fablio.fr/>
- Nous reconnaissons avoir pris connaissance de la politique de confidentialité disponible sur <https://www.fablio.fr/>

Signature du responsable légal, précédée de la mention « lu et approuvé » :

Date : __/__/____

Signature du représentant légal

Cachet de l'établissement :

VISA CHEF D'ETABLISSEMENT
 Le : __/__/____

Cadre réservé à l'Agence Fablio :

Date de réception : __/__/____

Carte dossier n° _____

Dossier :

Accepté

Refusé : Incomplet Hors CARCT

Autre :