

**FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS**  
**COMMUNE DE LUTTANGE**

**ENFANT**

Nom.....Prénom.....Né(e).....sexe F / M  
Adresse : .....Ville.....  
Ecole .....Enseignant ..... Classe .....

**PARENTS**

Couple       Responsable monoparental ou divorcé       Autre

**Légal 1 :**

Nom..... Prénom ..... Responsable légal   
Adresse (si différente de celle de l'enfant).....  
Tél : \_ / \_ / \_ / \_ / \_      Portable : \_ / \_ / \_ / \_ / \_  
Adresse mail : .....@.....  
Nom et adresse de l'employeur.....

**Légal 2 :**

Nom..... Prénom..... Responsable légal   
Adresse (si différente de celle de l'enfant).....  
Tél : \_ / \_ / \_ / \_ / \_      Portable : \_ / \_ / \_ / \_ / \_  
Adresse mail : .....@.....  
Nom et adresse de l'employeur.....

**ALLOCATAIRE CAF de la Moselle** : N° .....  père       mère

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extra scolaire :

Nom de la compagnie : .....N° du contrat : .....N° de téléphone : \_ / \_ / \_ / \_ / \_  
Joindre justificatif

**Personnes à joindre en cas d'absence des parents :**

Nom.....Tél : \_ / \_ / \_ / \_ / \_      Portable : \_ / \_ / \_ / \_ / \_

Nom.....Tél : \_ / \_ / \_ / \_ / \_      Portable : \_ / \_ / \_ / \_ / \_

# AUTORISATION

Je soussigné(e), (Nom) .....(Prénom).....

ayant l'exercice de l'autorité parentale, autorise, **les personnes responsables de l'accueil** :

- à prendre toutes mesures, hospitalisation, intervention chirurgicale rendues nécessaire par l'état de mon enfant.  oui  non
- à photographier et/ou à filmer pendant les activités de mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives  oui  non
- à utiliser ces supports pour sa promotion et l'information (presse, journaux locaux, nouveau média, affiches, etc)  oui  non

**Mon enfant** : .....

à quitter l'accueil périscolaire seul à :

17h15  oui  non

18h30  oui  non

Sinon, les personnes majeures autorisées à prendre l'enfant en plus des parents sont :

Noms prénoms	Lien de parenté	N° téléphone	adresse

**L'enfant est sous la responsabilité de ses parents jusque dans le lieu d'accueil**

Fait à.....le.....

Signature :

## FICHE SANITAIRE

**Responsable de l'enfant ayant l'exercice de l'autorité parentale:**

Nom – Prénom.....

N° de sécurité sociale : \_/ \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ Centre payeur : .....

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

Adresse..... tél. : \_ / \_ / \_ / \_ / \_

- A-t-il des allergies alimentaires ? Oui  (joindre un certificat médical) non

Si oui, lesquelles.....

- A-t-il des allergies médicamenteuses ? Oui  (joindre un certificat médical) non

Si oui, lesquelles .....

A-t-il un traitement ?

Oui  Non  Si oui, joindre obligatoirement l'ordonnance ou sa copie

**VACCINATIONS**

Joindre la photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé : copies jointes

L'enfant est-il sujet à l'asthme ? oui  non

A-t-il eu des problèmes de santé (hospitalisation, opérations, accidents..) ?

oui  non

Si oui, lesquels et à quelle date

.....

**RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

.....  
.....

Je soussigné, (nom, prénom) .....détenteur (rice) de l'autorité parentale, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant (voir articles 5.5 et 5.6 du règlement intérieur).

Je m'engage par ailleurs à signaler toutes modifications de l'état de santé de mon enfant en cours d'année ainsi que toute modification relative aux renseignements portés sur la fiche de renseignements (situation familiale, n° téléphone – adresse – employeur.....)

Le.....

Signature