

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

**1 REPRÉSENTANT 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 : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_ N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_  
 Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_ N° tél. professionnel : \_\_\_\_\_

**2 REPRÉSENTANT LÉGAL 2**

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 : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_ N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_  
 Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_ N° tél. professionnel : \_\_\_\_\_

**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"/>	.....

Ces documents seront remis dans les structures fréquentées par votre enfant. Ils servent à informer les animateurs sur d'éventuelles contre-indications à la pratique de nos activités et les personnes à prévenir en cas de problème. Ils sont valables une année scolaire et seront détruits à la fin de cette dernière.

## 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 EXTRASCOLAIRE

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'accueil :  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 sur tous les supports d'information de la Ville (journal municipal l'Étincelle, site Internet, réseaux sociaux...) 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 citoyens, déclare approuver 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 modifiée en 2004. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement des informations qui vous concernent que vous pouvez exercer en vous adressant à la mairie de Vaureal à l'adresse mail suivante : [dpo@mairie-vaureal.fr](mailto:dpo@mairie-vaureal.fr)
- 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 Guichet Unique de tout changement éventuel.

Formulaire complété le : / /

#### Dossier complet :

- 1 Fiche de renseignements par famille
- 1 Fiche sanitaire de liaison par enfant

A transmettre en priorité par mail au Guichet Unique : [guichetunique@mairie-vaureal.fr](mailto:guichetunique@mairie-vaureal.fr)

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### Enfant 1

#### 1 INFORMATION 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 MÉDICAUX 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 INFORMATION 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 MÉDICAUX 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 INFORMATION 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 MÉDICAUX 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 INFORMATION 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 MÉDICAUX 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 : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_