

## FICHE RENSEIGNEMENTS 2016-2017

Elle est obligatoire et doit être remplie par  
les responsables légaux du jeune /de l'enfant

À remettre **avant le 29 août** au Pôle Éducation (ou via [educationperiscolaire@mairie-laverriere.fr](mailto:educationperiscolaire@mairie-laverriere.fr))

### ÉTAT CIVIL ( du jeune / de l'enfant )

Nom :

Prénom :  Sexe : Fille  Garçon

Né(e) le :

Adresse N° :  N° d'appartement / chambre :  Rue :

C. Postal :  Ville :

Numéro de téléphone mobile :  Courriel :  @

Établissement scolaire :

### COMPOSITION DU MÉNAGE

#### Vous :

Parenté :  Père  Mère  Autre :

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP :  78 Ville :

Tél. dom. :

Tél. portable :

Tél. bureau :

Nom et adresse de l'employeur :

Courriel :  @

#### VOTRE CONJOINT :

Parenté :  Père  Mère  Autre :

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP :  78 Ville :

Tél. dom. :

Tél. portable :

Tél. bureau :

Nom et adresse de l'employeur :

Courriel :  @

### RÉGIME ALIMENTAIRE – ALLERGIE - SANTÉ

Régime spécifique :  SANS VIANDE  PAI

Allergies :

Votre enfant est-il à jour de ses vaccins ? :  Oui  Non (date du dernier vaccin) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Votre enfant porte-t-il : Lunettes :  Oui  Non Appareil dentaire :  Oui  Non

Autres renseignements complémentaires : ..... (Fournir le carnet de santé)

N° Allocataire CAF : \_\_\_\_ \_

Compagnie d'Assurance (Responsabilité Civile Familiale) : .....

Adresse et N° de Tel : .....

N° de contrat : .....

**PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (AUTRE QUE LES PARENTS)  
ET HABILITÉS À VENIR CHERCHER MON ENFANT :**

Nom : .....Prénom.....

Tél. : .....

Nom : .....Prénom.....

Tél. : .....

**AUTORISATION**

Je soussigné(e) M. – Mme ..... Père, Mère, Tuteur (*entourez votre choix*).

- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par le responsable et l'équipe d'encadrement.

Oui  Non

- J'autorise le responsable, à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence.  
Je m'engage à payer les frais médicaux et d'hospitalisation éventuels.

- J'autorise mon enfant à être photographié ou filmé dans le cadre spécifique des activités pour une diffusion dans les publications municipales.

Oui  Non

- J'autorise la réception d'informations par SMS et ou mail.

Oui  Non

- J'autorise mon enfant à quitter seul la structure d'animation.

Oui  Non

**Fait à La Verrière, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2016**

**Signature du jeune :**

**Signature des responsables légaux :**