



COMMUNE D'ARGELLIERS

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2023-2024



ENFANT

Nom et Prénom : **Classe** :

Date et lieu de naissance :

Domicile :

Nom Assurance Scolaire :

RESPONSABLES LEGAUX

RESPONSABLE 1 (celui qui règlera les factures et qui recevra les relances) :

Nom et prénom :

Qualité :

Adresse :

Portable : Téléphone pro :

Mail :

Et

RESPONSABLE 2 : Nom et prénom :

Qualité :

Adresse :

Portable : Téléphone pro :

Mail :

SITUATION MARITAL : En couple Séparé Divorcé

Résidence principale de l'enfant : Responsable 1 Responsable 2 Autre

Garde alternée (si oui, fournir pièces justificatives et planning d'alternance):

oui non

REGIME DE SECURITE SOCIALE :

Régime général (Caf)

Régime agricole (Msa)

Autre :

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

| NOM/PRENOM | ADRESSE | LIEN AVEC L'ENFANT | TELEPHONE |
|------------|---------|--------------------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

PERSONNES AUTORISEES A VENIR RECUPERER L'ENFANT

Une pièce d'identité pourra être demandée à toute personne autre que les parents venant chercher l'enfant

| NOM/PRENOM | TELEPHONE |
|------------|-----------|
| | |
| | |

L'enfant (à partir de 6 ans) est-il autorisé à partir seul : oui non

TRANSPORT SCOLAIRE pour les enfants de Cantagrils :

Mon enfant bénéficiera du transport : oui non

Si oui : tous les jours parfois (préciser les jours :))

(Inscription obligatoire auprès de HERAULT TRANSPORT)



SANTE DE L'ENFANT

VACCINATION

| | Dates des derniers rappels |
|---|----------------------------|
| B.C.G.(antituberculeux) | |
| Anti diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, Hépatite B | |
| R.O.R. (rougeole, oreillons, rubéole) | |

ALLERGIES :

| | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| ALIMENTAIRES | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| MEDICAMENTEUSES | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| AUTRES (animaux, plantes, pollen) : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |

Précisez :.....

Mise en place d'un PAI : oui non

Sollicite un panier repas (si PAI seulement): oui non

Problèmes de santé particuliers, recommandations ou précisions à communiquer :

.....

.....

MEDECIN TRAITANT

Nom, Prénom :.....Téléphone

Localité :

ASSURANCES

Nom et adresse de la compagnie d'assurance extrascolaire (fournir les justificatifs) :

.....

AUTORISATIONS PARENTALES

Je (Nous) soussigné(s).....responsable(s)
légal(aux) de l'enfant déclare(nt) exacts les renseignements portés sur cette fiche et :

AUTORISE(ONS) : le personnel de l'accueil de loisirs périscolaire à contacter le médecin de famille mentionné ci-dessus, en cas de maladie ou d'accident et lorsque les personnes à prévenir en cas d'urgence ne peuvent être contactées dans les délais nécessaires, à prendre la décision d'hospitaliser mon enfant et éventuellement, toutes mesures d'urgence tant médicales que chirurgicales.

- OUI
 NON

| | |
|--------------------|--|
| Taille de l'enfant | |
| Poids de l'enfant | |

Les frais nécessités par le traitement de l'enfant sont à la charge des familles. Ces frais seront remboursés par la Sécurité Sociale.

AUTORISE(ONS) : que mon enfant scolarisé soit photographié ou filmé dans le cadre des temps périscolaires pour une diffusion sur les supports scolaires et/ou municipaux.

- OUI
 NON

Fait à Argelliers, le

Signatures des représentants légaux précédées de la mention « lu et approuvé »

Votre signature vaut acceptation du règlement intérieur du service de l'ALP.