



ACCUEIL PERISCOLAIRE D'ETRICHE Et RESTAURANT SCOLAIRE

Fiche de renseignements 2026/2027

IDENTITE DE L'ENFANT :

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Sexe : Fille Garçon

Nom de l'école : Alphonse Daudet Les Templiers

Niveau en septembre 2025 : TPS PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

IDENTITE DES RESPONSABLES LEGAUX :

	Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom/Prénom		
Date et lieu de naissance		
Qualité	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur/-trice	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur/-trice
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Concubin	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Concubin
Adresse		
Code postale et Commune		
Téléphone Portable		
Téléphone Domicile		
Téléphone Professionnel		
Courriel		
Profession		
CAF/MSA	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Département : __	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Département : __
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Facturation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
En cas de séparation et de facturation alternée	<input type="checkbox"/> Semaine paire <input type="checkbox"/> Semaine Impaire	<input type="checkbox"/> Semaine paire <input type="checkbox"/> Semaine Impaire

PERSONNES AUTORISEES A REPENDRE L'ENFANT (EN DEHORS DES PARENTS)

Nom	Prénom	Lien de parenté	Téléphone fixe	Portable	A prévenir en cas d'urgence
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

VACCINATIONS :

VACCINS	Oui	Non	Dates des derniers rappels	VACCINS	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)				Infections à pneumocoque			
Coqueluche				Méningocoques de serogroupe C			
Haemophilus influenzae de type B				Rougeole, oreillons et la Rubéole (ROR)			
Hépatite B				AUTRE : _____			

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil périscolaire ou au restaurant scolaire ? OUI NON
Aucun médicament ne pourra être administré

Maladies :

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBEOLE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ROUGEOLE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
COQUELUCHE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RHUMATISME ARTICULAIRE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
OTITE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OREILLONS : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
VARICELLE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SCARLATINE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
ANGINE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	AUTRE (Préciser) :

Allergies :

Conduite à tenir ↓

ASTHME: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
ALIMENTAIRE: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
MEDICAMENTEUSE: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
AUTRE: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Autres difficultés de santé :

.....

Je soussigné(e), Responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un serve d'urgence.

Je me dois d'informer et de signaler tout changement auprès du responsable.

Merci de fournir les éléments suivants :

- Copie des vaccinations
- Attestation d'assurance périscolaire
- Attestation de quotient familial

AUTORISATIONS PARENTALES ET DECHARGES

Je soussigné(e), _____, responsable légal(e) de l'enfant _____ autorise :

Le transport de mon enfant à l'école et dans différents lieux pour la pratique d'activités	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
La prise de photos ou vidéos de votre enfant lors des activités périscolaires et restaurant scolaire en usage interne	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
La prise de photos ou vidéos de votre enfant lors des activités périscolaires et restaurant scolaire sur des supports de communication (site internet, flash infos...)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Mon enfant, à partir de 8 ans, à rentrer seul de l'accueil périscolaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Madame, Monsieur _____ certifie(nt) avoir pris connaissance des règlements intérieurs de l'accueil périscolaire et du restaurant scolaire et d'en accepter les conditions.

J'accepte que la Mairie d'Étriché recueille et utilise mes données dans le cadre du traitement de ce dossier.

A, Le

« lu et approuvé » et signature des parents