

NOM DE L'ENFANT ..... PRÉNOM .....

SEXE :  M  F NÉ(E) LE ..... / ..... / ..... à .....

### 1 - FILIATION DE L'ENFANT

**PÈRE** NOM d'usage ..... Prénom .....

Né le ..... / ..... / ..... à .....

Adresse ..... CP ..... Ville .....

Domicile .....  Portable ..... Mail .....

Situation professionnelle  En activité  Sans activité  Retraité Profession ..... Professionnel .....

Employeur ..... Localité .....  Professionnel .....

**MÈRE** NOM d'usage ..... Prénom .....

NOM de jeune fille .....

Née le ..... / ..... / ..... à .....

Adresse (si différente du père) ..... CP ..... Ville .....

Domicile .....  Portable ..... Mail .....

Situation professionnelle  En activité  Sans activité  Retraité Profession ..... Professionnel .....

Employeur ..... Localité .....  Professionnel .....

### 2 - SITUATION DE FAMILLE ACTUELLE

Célibataire  Marié(e)  Vie maritale  Pacsé(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)\*  Séparé(e)\*

\*Merci de communiquer le jugement de séparation. Si pas de jugement, chaque parent doit fournir une attestation sur l'honneur manuscrite datée et signée précisant les modalités de garde et financière.

**NOMBRE D'ENFANT(S) À CHARGE** ..... **ASSURANCE** N° ..... Compagnie : .....

**RÉGIME ALLOCATAIRE**  CAF  MSA N° ..... Nom et prénom allocataire : .....

### 3 - EN CAS DE SÉPARATION DES PARENTS DE L'ENFANT

Autorité parentale  conjointe  au père  à la mère  autre

Résidence de l'enfant  chez le père  chez la mère  garde alternée  autre

A la charge de la mère  tous les frais  frais des semaines paires  frais des semaines impaires

A la charge du père  tous les frais  frais des semaines paires  frais des semaines impaires

#### VOTRE CONJOINT ACTUEL

NOM d'usage ..... Prénom .....

Né(e) le ..... / ..... / ..... à .....

Adresse ..... CP ..... Ville .....

Domicile .....  Portable ..... Mail .....

Situation professionnelle  En activité  Sans activité  Retraité Profession ..... Professionnel .....

Employeur ..... Localité .....  Professionnel .....

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Asthme  Oui  Non Allergie alimentaire  Oui  Non Allergie médicamenteuse  Oui  Non

Votre enfant est-il

- en situation de handicap ?  Oui  Non
- suivi par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ?  Oui  Non
- suivi par un établissement spécialisé ? (si oui, lequel ..... )  Oui  Non

## PROBLÈME DE SANTÉ À SIGNALER .....

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (P.A.I)

Un projet doit être établi en lien avec le directeur(trice) accueillant un enfant présentant une maladie chronique (diabète, épilepsie, asthme), une allergie (alimentaire, médicamenteuse...), devant prendre régulièrement des médicaments, devant recevoir des gestes à faire en urgence ou devant avoir un accompagnement particulier.

Un P.A.I est-il déjà mis en place pour votre enfant  Oui  Non

Si oui, pour quel motif  allergie alimentaire  asthme  autre (précisez) .....

## TYPE DE REPAS CONSOMMÉ

Sans régime alimentaire  Sans porc  P.A.I (repas fourni par la famille)

## 4 - EN DEHORS DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX, contacts de la famille

Nom ..... Prénom ..... Lien avec l'enfant .....

Téléphone fixe ..... Téléphone portable .....

Autorisé à récupérer l'enfant  A contacter en cas d'urgence

Nom ..... Prénom ..... Lien avec l'enfant .....

Téléphone fixe ..... Téléphone portable .....

Autorisé à récupérer l'enfant  A contacter en cas d'urgence

Nom ..... Prénom ..... Lien avec l'enfant .....

Téléphone fixe ..... Téléphone portable .....

Autorisé à récupérer l'enfant  A contacter en cas d'urgence

## AUTORISATIONS

**Mesures d'urgence :** J'autorise le responsable d'établissement à prendre, en cas d'urgence, les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

**Transport :** J'autorise le personnel à effectuer un déplacement avec mon enfant en transport en commun ou dans un véhicule de service

**Droit à l'image :** J'autorise la Commune et l'établissement à utiliser l'image de mon enfant (photographie, vidéo) pour la présentation de ses activités (documentation, presse municipale, site internet et réseaux sociaux de la Ville, travaux, expositions, panneaux d'affichage) :  Oui  Non

**Je soussigné(e), (nom et prénom),** ..... certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portant sur ces 2 pages, avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et m'engage à signaler au Guichet Unique tout changement (adresse, téléphone, mail, situation familiale ou professionnelle)

Fait à ..... le .....

Signature du père

Signature de la mère

Signature du représentant légal

Le présent dossier fait l'objet d'un traitement informatisé conformément aux dispositions de la loi 78.17 du 06 janvier 1978 (revue en 2004) relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les personnes concernées par les informations nominatives portées sur le formulaire peuvent en demander la communication ainsi que la rectification le cas échéant.