



Commune de la Bâtie-Neuve

**FICHE DE
RENSEIGNEMENTS**

Année scolaire

2025/2026

Classe

**PIÈCES OBLIGATOIRES pour toute
inscription**

- Fiche de renseignements
- Fiche Sanitaire de Liaison
- Attestation d'assurance 2025/2026
- Attestation Quotient Familial
- Coupon d'acceptation des règlements périscolaire/extrascolaire et autorisation
- Fiche Aides aux Temps Libre (ATL) uniquement pour les familles concernées.

ENFANT

Nom et Prénom : _____

Sexe : M F

Né (e) le : ____ / ____ / ____ à : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Régime sans porc ? Oui Non

L'enfant est-il allergique ? Oui Non

(Précisez PAI « Projet d'Accueil Individualisé » à prévoir pour la rentrée de septembre) :

Les difficultés de santé et les précautions à prendre
(Maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation) :

Traitement à suivre : Oui Non

Recommandations utiles des parents :

Port Des lunettes ? Oui Non

Si oui, doit-il les porter à l'extérieur de la classe

Port d'un appareil dentaire ? _____

Nom du Médecin traitant : _____ Tel. : _____



PARENT(S)		
COORDONNÉES DES PARENTS	MÈRE	PÈRE
Nom et Prénom :
☎ Personnel :
① Professionnel :
✉ E-mail :
Adresse :

Code postal et ville :
Profession :

SITUATION FAMILIALE

- Mariés/Pacsés Concubinage Célibataire Veuf(vé)
 Divorcés Séparés

En cas de divorce, la personne exerçant l'autorité parentale :

- Les deux la Mère Le Père

Mode de garde

Résidence habituelle : Mère Père

Résidence alternée : Semaine Paire Mère Père
 Semaine Impaire Mère Père

A qui adresser la facture : Mère Père

Si un des parents n'exerce pas l'autorité parentale, joindre impérativement une copie du jugement.

Numéro de Sécurité Sociale dont dépend l'enfant (mère/père) :

Adresse de la caisse _____

Caisse d'Allocations Familiales : CAF MSA Autre (précisez)

N° Allocataire : _____



Commune de la Bâtie-Neuve

Quotient familial : _____

ASSURANCE DE L'ENFANT

Nom et Adresse de la compagnie :

N° du contrat :

AUTORISATION PARENTALE

Personnes à prévenir en cas d'urgence		
Nom et Prénom	Lien	Téléphone

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant		
Nom et Prénom	Lien	Téléphone

Je décharge donc de toutes responsabilités, à compter du départ de l'enfant,
la directrice ainsi que tout le personnel communal de la Bâtie-Neuve.

La Bâtie-Neuve, le/...../.....

Signature



Précédée de la mention « Lu et approuvé »

**DÉCLARATION D'EXERCICE DE L'AUTORITÉ PARENTALE
EN CAS DE SÉPARATION OU DE DIVORCE**

Je soussigné(e) :

M.....

Né(e) le : à

Demeurant à :

.....
.....
.....

Agissant en qualité de : Père – Mère – Tuteur – Parent investi du droit de garde
(**Rayer les mentions inutiles**)

DÉCLARE SUR L'HONNEUR

Avoir le plein exercice de l'autorité parentale à l'égard de ce mineur :

Nom

.....

Prénom

Né(e) le..... à

Demeurant.....

.....

.....

Fait à la Bâtie-Neuve, le à h.....

Signature des Parents,



**AUTORISATION ET ACCEPTATION DES REGLEMENTS INTERIEURS
(PÉRISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE)**

Je soussigné (e) :

Responsable légal de l'enfant :

Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ACM (périscolaire et extrascolaire)

Accepte les règles de fonctionnements et les modalités d'inscription du centre

Accepte de recevoir par mail les actualités du centre
.....@.....

Autorise mon enfant à participer aux activités prévues et organisées à l'extérieur des bâtiments et/ou lieux communaux et de ce fait à effectuer les déplacements avec un transporteur privé.

Autorise le personnel de la structure mais aussi les intervenants extérieurs à maquiller l'enfant lors d'évènements pendant l'année.

Autorise la prise de photographies (captation, fixation, enregistrement, numérisation) de l'enfant le représentant dans le cadre des activités proposées au centre.

Autorise la diffusion et la publication de photographies représentant l'enfant dans le cadre des activités sur tous supports de communications et d'informations relatifs à la promotion de ces activités (presse écrite, site officiel de la commune, site Facebook de la Bâtie-Neuve, affiches etc...).

Autorise la responsable du Service Enfance Jeunesse, mais aussi le personnel communal à prendre, en cas d'urgence, les mesures nécessaires auprès de mon enfant si son état le nécessite.

La Bâtie-Neuve, le/...../.....

Signature

Précédée de la mention « Lu et approuvé »



L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). pas de photocopie

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ? Oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non

ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussignée,responsable légal 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 service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :