



FICHE DE RENSEIGNEMENTS Année scolaire 2026/2027

Classe

PIÈCES OBLIGATOIRES pour toute inscription

- ☐ Fiche de renseignements
- ☐ Fiche Sanitaire de Liaison
- ☐ Attestation d'assurance 2026/2027
- ☐ Attestation Quotient Familial
- ☐ Coupon d'acceptation des règlements périscolaire/extrascolaire et autorisations
- ☐ Fiche Aides aux Temps Libre (ATL) uniquement pour les familles concernées.
- ☐ Justificatif de domicile

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) : _____

Les difficultés de santé et les précautions à prendre (maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation) : _____
Traitement à suivre : ☐ Oui (nous le signaler) _____ ☐ Non

Recommandations utiles des Parents :

- Port Des lunettes ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, doit-il les porter à l'extérieur de la classe ? _____
- Un appareil dentaire ? _____

Nom du Médecin traitant : _____ **Tel. :** _____

PARENT(S)

COORDONNÉES DES PARENTS

Nom et Prénom :

☎ Personnel :

📞 Professionnel :

✉ E-mail :

Adresse :

Code postal et ville :

Profession :

MÈRE

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

PÈRE

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

SITUATION FAMILIALE

- ☐ Mariés/Pacsés
 ☐ Concubinage
 ☐ Célibataire
 ☐ Veuf(Ve)
 ☐ 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 aucun des 2 (deux) parents n'exerce l'autorité parentale, joindre impérativement 1 (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 CAF ou MSA : _____

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	Tel

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

*Compléter la décharge de responsabilité

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 à :

Fait à la Bâtie-Neuve, le

DECHARGE DE RESPONSABILITÉ

Je soussigné(e) M. : _____

En qualité de : _____

Autorise :

▪ M. _____
Tel : _____

▪ M. _____
Tel : _____

▪ M. _____
Tel : _____

▪ M. _____
Tel : _____

A prendre en charge l'enfant _____

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.

Fait à la Bâtie-Neuve, le / /20

A :h.....

Signature des Parents,

AUTORISATION ET ACCEPTATION DES REGLEMENTS INTÉRIEURS (PÉRISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE)

(Cocher les cases si Oui)

Je soussigné (e) : _____

Responsable légal de l'enfant : _____

- ☐ Reconnaiss avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ACM (périscolaire et extrascolaire)
- ☐ Accepte les règles de fonctionnement 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 intervenant(s) 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 »

Pôle Enfance Jeunesse



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	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
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 ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME

oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES

oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES

oui ☐ non ☐

AUTRES

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

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours ☐ 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 :