

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ANNÉE 2024 / 2025

Restauration Scolaire / Périscolaire
Accueil de Loisirs / Espace Jeunes / Séjours

Service Éducation-Enfance-Jeunesse
Cadre réservé au service N° matricule famille : _____

RENSEIGNEMENTS ENFANTS/JEUNES

Enfant 1 :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Classe / Ecole : _____

Vaccinations à jour (fournir copie du carnet de santé) :

OUI NON

Indiquez ci-dessous les renseignements complémentaires, difficultés de santé (maladies, allergies, crises, convulsions, accidents, opérations) : _____

Avez-vous signé un Projet d'Accueil Individualisé (**PAI**) avec l'école ? (si oui, fournir une copie) :

OUI NON

J'autorise mon enfant à partir seul :

OUI NON

Enfant 2 :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Classe / Ecole : _____

Vaccinations à jour (fournir copie du carnet de santé) :

OUI NON

Indiquez ci-dessous les renseignements complémentaires, difficultés de santé (maladies, allergies, crises, convulsions, accidents, opérations) : _____

Avez-vous signé un Projet d'Accueil Individualisé (**PAI**) avec l'école ? (si oui, fournir une copie) :

OUI NON

J'autorise mon enfant à partir seul :

OUI NON

Enfant 3 :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Classe / Ecole : _____

Vaccinations à jour (fournir copie du carnet de santé) :

OUI NON

Indiquez ci-dessous les renseignements complémentaires, difficultés de santé (maladies, allergies, crises, convulsions, accidents, opérations) : _____

Avez-vous signé un Projet d'Accueil Individualisé (**PAI**) avec l'école ? (si oui, fournir une copie) :

OUI NON

J'autorise mon enfant à partir seul :

OUI NON

RENSEIGNEMENTS RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal 1 (payeur*) :

Nom : _____ Prénom : _____

Tél portable : _____ Tél Travail : _____

Numéro d'allocataire CAF : _____

Mail: _____

Adresse : _____

Responsable légal 2 :

Nom : _____ Prénom : _____

Tél portable : _____ Tél Travail : _____

Mail: _____

Adresse : _____

* bénéficiaire des allocations CAF

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Médecin traitant de la famille:

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Adresse : _____

J'autorise les organisateurs et l'équipe d'animation à photographier et filmer mon ou mes enfants (ces images pourront servir à illustrer des articles ou notre site internet et notre page Facebook) :

OUI

NON

Personnes autorisées à venir chercher mon ou mes enfants :

NOM - Prénom	Lien	Téléphone

PIÈCES A FOURNIR

- ⇒ Fiche de renseignements dûment remplie et signée
- ⇒ Attestation d'assurance scolaire 2024.2025
- ⇒ Photocopie du carnet de vaccinations à jour
- ⇒ Attestation CAF (précisant le Quotient Familial)
En cas d'indisponibilité du quotient familial CAF, fournir le dernier avis d'imposition (**à défaut le tarif maxi sera appliqué**)
- ⇒ En cas de Projet d'Accueil Individualisé (PAI), fournir une copie
- ⇒ En cas de divorce ou séparation, fournir la copie de l'extrait de jugement (précisant l'autorité parentale et/ou la garde alternée)

CONTACT SERVICE EEJ:

Tél: 04.73.33.44.94

Mail: enfancejeunesse@ville-volvic.fr



Je soussigné(e) _____

- Autorise les organisateurs et l'équipe de direction à prendre, en cas d'urgence médicale, toutes les mesures nécessaires.
- Autorise les autorités médicales à pratiquer les interventions chirurgicales nécessaires.
- M'engage à payer (ou rembourser) les frais médicaux, d'hospitalisation et divers, incombant à la famille.
- Déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et avoir pris connaissance du règlement intérieur de chacune des structures auxquelles sont inscrits les enfants figurant page 1 et je m'engage à le (les) respecter.

Fait à : _____

Le : _____

Signature du représentant légal :