

**INFORMATIONS ENFANT :**

-Nom :  -Prénom :

-Date et lieu de naissance :  -Sexe : F  M

-Adresse **résidence complète** :

-Responsabilité Civile Périscolaire et/ou Extra-scolaire ci-dessous **obligatoire** pour l'année 2026-2027 :

→ **OBLIGATOIRE : NOM de la compagnie et N° contrat/sociétaire à écrire ci-dessous :**

Compagnie :  N° de contrat/sociétaire :

-N° de Sécurité Sociale ou CMU/MSA, auquel l'enfant est rattaché :

-L'enfant est-il en garde alternée ? Non  Oui

→ **Si Oui**, merci de nous préciser les modalités (planning, facturation,...) ci-dessous :

**RENSEIGNEMENTS REPRESENTANT LEGAL 1 :** Monsieur  Madame

Autorité parentale : Oui  Non

Nom :  Prénom :

Adresse :

N° tel fixe :  N° tel portable :  N° tel pro :

Adresse mail :

Profession :

Employeur (Nom et ville) :

**RENSEIGNEMENTS REPRESENTANT LEGAL 2 :** Monsieur  Madame

Autorité parentale : Oui  Non

Nom :  Prénom :

Adresse :

N° tel fixe :  N° tel portable :  N° tel pro :

Adresse mail :

Profession :

Employeur (Nom et ville) :

**INFORMATIONS SANTE DE L'ENFANT :**

	NON	OUI	Si oui, merci de préciser ...
L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
L'enfant a-t-il des difficultés de santé ? (asthme, traitement médical, diabète, opération, handicap)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
L'enfant a-t-il des intolérances ? (alimentaire, médicamenteuse, piqûre d'insectes ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
L'enfant a-t-il des allergies ? (alimentaire, médicamenteuse, piqûre d'insectes ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
L'enfant a-t-il un PAI ? **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**\*\* PAI : Projet d'Accueil Individualisé :** si votre enfant souffre d'une maladie chronique ou d'allergies nécessitant la prise de médicament ou qu'il a besoin de traitement particulier sur les temps périscolaires, il est nécessaire d'élaborer un PAI et de nous l'apporter

**\*\* Avant le 03/07/2026, prendre contact :**

- Avec le service Périscolaire au **04 77 55 70 99** en cas d'**allergie non alimentaire** (asthme, épilepsie...)
- Avec le Restaurant Municipal au **04 77 36 40 71** en cas d'**allergie alimentaire / Diabète**

→ Et fournir le PAI ou la mise à jour (ordonnance et une trousse) pour l'année scolaire 2026-2027.

	NON	OUI
L'enfant est-il à jour de ses vaccins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'enfant porte-t-il des lunettes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'enfant porte-t-il des prothèses auditives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'enfant porte-t-il des prothèses dentaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je soussigné(e), Monsieur, Madame, , responsable l'égal de l'enfant, autorise l'équipe de direction à pratiquer les soins nécessaires ainsi qu'à faire pratiquer les actes médicaux et chirurgicaux jugés indispensables par le corps médical, à l'hôpital le plus proche.

*Selon l'article R4127-42 du code de la santé publique, « en cas d'urgence, même si ses représentants légaux ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. »*

Date :

Signature :

\*RGPD : Se référer aux informations notifiées sur le portail famille EFI