

### ➤ Enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance : ..... Sexe : F ☐ M ☐

Ecole à la rentrée (selon sectorisation) : ..... Classe à la rentrée : .....

*(Indiquez l'école et la classe fréquentée par votre enfant à la rentrée 2026, ou si inscription en cours d'année la nouvelle école de votre enfant)*

### ➤ Structure fréquentée

#### Petite enfance

- ☐ Multi Accueil  
☐ Passerelle

#### Enfance

- ☐ Restauration scolaire  
☐ Périscolaire

#### Jeunesse

- ☐ Accueil mercredi  
☐ Accueil vacances  
☐ AdoGesvres  
☐ Local Jeunes

### ➤ Représentants légaux

	Représentant légal 1 (représentant de la CAF)	Représentant légal 2
Nom et prénom		
Date de naissance		
Lieu et département de naissance		
Adresse		
Téléphone portable		
Téléphone professionnel		
Courriel		

N° assurance responsabilité civile : ..... Nom de la compagnie : .....

### ➤ Médecin traitant

Nom : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

### ➤ Données médicales

**Enfant porteur d'un handicap** (cette information est nécessaire afin de pouvoir proposer un encadrement adapté aux besoins de l'enfant)

☐ oui (merci de joindre une copie de la reconnaissance MDPH) ☐ non

Si oui, percevez-vous l'AEEH ? (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé) ☐ oui ☐ non

Si non, un dossier MDPH est-il en cours ? ☐ oui ☐ non

**Informations utiles** (port de lunettes, appareils auditifs, appareil dentaire, etc.)

.....

## Allergies / maladies :

Si l'état de santé de votre enfant nécessite des soins ou des précautions spécifiques au quotidien, vous devez solliciter la mise en place d'un **projet d'accueil individualisé** (PAI), afin de garantir sa sécurité et les conditions de sa prise en charge durant les temps péri et extrascolaires. Le formulaire est à retirer auprès de la direction de l'école ou de la structure petite enfance (multi-accueil ou passerelle).

- **PAI** (projet d'accueil individualisé) ☐ oui, merci de préciser : .....  
☐ non

*L'allergie ou la maladie de votre enfant sera prise en compte par les services municipaux uniquement avec la fourniture d'un **PAI** établi en lien avec l'école, ou avec la structure Petite Enfance. A renouveler pour chaque année scolaire. Pour une mise en place du PAI dès la rentrée, le document devra être remis avant la fin de l'année scolaire précédente.*

## Habitudes alimentaires :

- |                                      |                              |                              |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Sans porc                            | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Sans viande                          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Végétarien (sans viande, ni poisson) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

⚠ En cas de régime alimentaire sans porc ou sans viande, une alternative végétarienne sera servie les jours où le menu classique contiendra l'aliment non consommé.

## ➤ Vaccinations - Indiquez la date du dernier rappel

- **Quel que soit l'âge de l'enfant :**

DTP (diphtérie, tétanos, poliomyélite) .....

- **Enfant né à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018 :**

Coqueluche ..... ROR (rougeole, oreillons, rubéole) .....

Haemophilus influenzae b ..... Hépatite B .....

Méningocoque C ..... Pneumocoque .....

*Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.*

## ➤ Autorisations de sortie

Seules les personnes exerçant l'autorité parentale, et celles dûment mandatées ci-dessous peuvent récupérer l'enfant. Les frères ou sœurs qui viennent chercher l'enfant devront être âgés de 11 ans et plus (pièce d'identité à l'appui).

	1er contact	2ème contact	3ème contact
Nom et prénom			
Téléphone			
Lien avec l'enfant			

- J'autorise mon enfant **âgé de 10 ans et plus** à quitter seul la structure d'accueil ☐ oui ☐ non

## ➤ Droit à l'image

J'autorise la ville de Treillières à utiliser gratuitement les photos de mon enfant dans les publications municipales ou sur le site internet : ☐ oui ☐ non

## ➤ Autorisation de soins

Je soussigné(e), ..... représentant légal de l'enfant déclare exactes les informations portées sur cette fiche **et autorise les responsables du service à prendre, le cas échéant, toutes les mesures** (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, etc.) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Treillières, le .....

Signature :