Cadre réservé à l'administration

Nom :

Commune :

Fiche de renseignements enfant 2021/2022

Pièces à fournir

- ❒ Attestation sur l'honneur
- ❒ Attestation professionnelle
- ❒ Scan des vaccins
- ❒ Attestation responsabilité civile année scolaire 2020-2021
- ❒ PAI (si nécessaire)

* Champs obligatoires

Enfant

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/_____

Médecin de famille

Nom du médecin de famille :

_____

Commune du médecin : _ _ _ _ _

Responsable légal 1

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/_____

Adresse : _____

Complément : _____

CP : _ _ _ _ _ **Ville :** _____

N° tél. port. : _____

N° tél. (autre) : _____

Responsable légal 2

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/_____

Adresse : _____

Complément : _____

CP : _ _ _ _ _ **Ville :** _____

N° tél. port. : _____

N° tél. (autre) : _____

Particularités alimentaires

*Particularités alimentaires : ❒ Oui ❒ Non

Si oui, précisez :

- ❒ PAI (Projet d'Accueil Individualisé)
- ❒ Ne mange pas de porc
- ❒ Ne mange pas de viande
- ❒ Allergie à un aliment, précisez : _____

Particularités médicales

*Particularités médicales : ❒ Oui ❒ Non

Si oui, précisez :

❒ PAI (Projet d'Accueil Individualisé)

❒ Allergie, précisez :

_____

Attention, aucun médicament ne sera administré à l'enfant en l'absence de PAI.

*DT POLIO : date du dernier rappel : ___ / ___ / _____

Droit à l'image

J'autorise la Ville de Riom à utiliser des photos de mon enfant prises au cours du Service Minimum d'Accueil, dont les commentaires et légendes devront respecter le droit à la vie privée.

*Autorisation : ❒ Oui ❒ Non

Personnes à contacter

Personnes à contacter en cas d'urgence, autorisées à venir chercher l'enfant (autres que les parents)

Nom et prénom : _____

Lien de parenté avec l'enfant : _____

Tél. fixe : _____ Tél. portable : _____

Nom et prénom : _____

Lien de parenté avec l'enfant : _____

Tél. fixe : _____ Tél. portable : _____

Nom et prénom : _____

Lien de parenté avec l'enfant : _____

Tél. fixe : _____ Tél. portable : _____

Nom et prénom : _____

Lien de parenté avec l'enfant : _____

Tél. fixe : _____ Tél. portable : _____

Renseignement facturation

*Nom et prénom du payeur principal : _____

*Date de naissance du payeur principal : ___ / ___ / _____

Nom et prénom du payeur secondaire : _____

Date de naissance du payeur secondaire : ___ / ___ / _____

Engagement du responsable légal de l'enfant

- ❒ *Je certifie déclarer exacts les renseignements portés sur ce formulaire et autorise le responsable à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales).
- ❒ *Je m'engage à informer le service de toutes modifications ultérieures.
- ❒ *J'atteste avoir pris connaissance des conditions du règlement intérieur disponible sur le site internet de la ville.
- ❒ *J'atteste avoir pris connaissance des mentions légales concernant la protection des données personnelles disponibles dans le menu Documents de votre Espace Citoyens.
- ❒ *J'autorise la Direction Education Jeunesse à m'adresser des SMS et des courriels concernant les activités auxquelles mes enfants sont inscrits.

* Champs obligatoires