



FICHE D'IDENTIFICATION ET DE LIAISON 2021/2022

ENFANT

NOM : Prénom :

Date de naissance : Sexe : Féminin Masculin

RESPONSABLES LEGAUX

PERE/MERE/TUTEUR (*)

NOM : Prénom :

Adresse :

☎ Domicile : Portable mère :

Mail :@.....

Lieu de travail : ☎ Travail :

PERE/MERE/TUTEUR (*)

NOM : Prénom :

Adresse :

☎ Domicile : Portable père :

Mail :@.....

Lieu de travail : ☎ Travail :

SITUATION PARENTALE

Célibataire Marié(e) En couple Pacsé(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Si divorcé ou séparé, préciser celui qui a la garde de l'enfant Mère Père

(*) barrer les mentions inutiles

Tournez SVP →

AUTORISATION DE SORTIE :

Je soussigné(e).....autorise mon enfant à partir seul le soir de l'accueil périscolaire ou de loisirs OUI NON

J'autorise les personnes citées ci-dessous à récupérer mon enfant (voir règlement intérieur) :

NOM et Prénom	Téléphone	Lien de parenté

NB : toute personne non notifiée sur cette fiche devra justifier de son identité et d'un mot écrit des parents sans quoi l'enfant ne lui sera pas confié. Vous pouvez nous fournir une liste en annexe de ce document.

DROIT A L'IMAGE :

Je soussigné(e).....autorise l'équipe d'animation :

- 1) A prendre mon enfant en photo ou film dans le cadre des animations proposées : OUI NON
- 2) A utiliser ces photos ou films (ex : diffusion sur le site internet de la commune, sur le bulletin municipal de la commune, dans le journal de l'accueil) : OUI NON →

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Nom du médecin traitant :..... Téléphone :.....

L'enfant a-t-il un Protocole d'Accueil Individualisé pour l'école : OUI NON

Si oui vous devez fournir une copie de ce document et prendre contact avec l'équipe de direction de la structure d'accueil afin de donner tous les renseignements nécessaire au suivi de l'enfant.

Votre enfant porte-t-il des lunettes, appareil dentaire, suit-il un traitement médical, autre : OUI NON

Si oui précisez les recommandations utiles et fournir un **certificat médical** pour tout traitement à suivre :

.....

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR lors de l'inscription et à remettre à jour chaque année sur le portail famille carte +

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Assurance extra-scolaire de l'année scolaire |
| <input type="checkbox"/> Photocopie des vaccinations – DT POLIO obligatoire et à jour |

Je soussigné(e) (Nom, Prénom).....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des structures.

J'autorise l'équipe de direction de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des accueils périscolaires et extrascolaires proposés par la Commune de La Brède.

Les destinataires des données sont les agents habilités du Service Enfance Jeunesse et Affaires Scolaires

Fait à La Brède le..... Signature

Précédée de la mention lu et approuvé
(des 2 parents si divorcés ou séparés)