

## FICHE D'IDENTIFICATION ET DE LIAISON 2024/2025

### 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 le mode de garde de votre enfant :  Alternée  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 :** Médecin traitant (Nom et tél ) :.....

Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnement médical (diabète, asthme, hémophilie..) ou d'un accueil spécifique lié à un handicap :  OUI  NON

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

**Prendre contact avec l'équipe de direction de la structure d'accueil afin de donner tous les renseignements nécessaires au suivi de l'enfant.**

Renseignements et recommandations utiles des parents pour les encadrants (appareillage auditif, lunettes...) : .....

Fournir un **certificat médical** pour tout traitement à donner.

## **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 obligatoires
<input type="checkbox"/> Copie Protocole d'Accueil ou tout autre document de prise en charge

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.

Fait à La Brède le.....

Signature

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