

# FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS 2021-2022

Photo récente de  
l'enfant :  
obligatoire

## RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

à transmettre au service Accueil-Familles-Citoyenneté pour valider l'inscription

### 1. L'ENFANT :

NOM et Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Sexe M  F

Ecole fréquentée à la rentrée 2021. : .....Classe .....

Résidant chez les deux parents (Préciser l'adresse) .....

Chez le parent 1 **1** : (Préciser l'adresse) .....

Chez le parent 2 **2** : (Préciser l'adresse) .....

En garde alternée (Préciser **1** et **2** ci-dessus)

#### Parent 1

NOM et Prénom : .....

Téléphone bureau ..... **Téléphone portable** .....

**EMAIL DE CONTACT (EN MAJUSCULE)**

..... @ .....

#### Parent 2

NOM et Prénom : .....

Téléphone bureau ..... **Téléphone portable** .....

**EMAIL DE CONTACT (EN MAJUSCULE)**

..... @ .....

*Les factures seront envoyées par e-mail et le paiement se fera en prélèvement automatique par défaut*

### 2. COMPOSITION DU FOYER :

#### Situation familiale actuelle des parents:

Célibataire       Mariés       Pacsés       Concubinage       Veuf (ve)

Divorcés ou séparés

#### Les frères et sœurs

Nom Prénom : ..... Date de naissance : .....

Nom Prénom : ..... Date de naissance : .....

Nom Prénom : ..... Date de naissance : .....

### 3. RENSEIGNEMENTS SANITAIRES (Ces renseignements sont transmis aux accueils de loisirs)

Médecin de famille (nom, n° de tel) : .....

Date du dernier rappel DT POLIO : ..... Carnet de vaccination à jour  OUI  NON

N° de police d'assurance .....

Nom et adresse assurance.....

➤votre enfant : suit-il un régime alimentaire sans porc :  OUI  NON

➤présente-t-il une allergie alimentaire qui ne rentre pas dans le cadre d'un PAI ou PAI signé avec l'école : Projet d'Accueil Individualisé (asthme...)  OUI  NON

Si oui, joindre obligatoirement un **certificat médical de votre médecin de famille** ou le **protocole de soins et d'urgence en collectivité** (circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003)

➤PPS : Projet Personnalisé de Scolarisation ou trouble du comportement  OUI  NON

Afin de l'accueillir dans les meilleures conditions, il est impératif que vous contactiez le service Accueils Périscolaires et Accueils de loisirs (APAL) au 01 41 15 99 54 pour pouvoir établir ensemble un projet d'accueil adapté.

➤remarques éventuelles : .....  
(difficultés de santé, port de lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires etc..., et les précautions à prendre)

J'autorise à faire soigner mon enfant, à faire pratiquer toute intervention d'urgence. En cas d'accident, mon enfant sera transporté à l'hôpital de secteur par les services de secours (pompiers, SAMU).

### 4. PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A REPRENDRE L'ENFANT (hors représentants légaux)

❶ Nom ..... Prénom : ..... Lien avec l'enfant : .....

A contacter en cas d'urgence ☎ / / / /  autorisée à venir chercher l'enfant

❷ Nom ..... Prénom : ..... Lien avec l'enfant : .....

A contacter en cas d'urgence ☎ / / / /  autorisée à venir chercher l'enfant

❸ Nom ..... Prénom : ..... Lien avec l'enfant : .....

A contacter en cas d'urgence ☎ / / / /  autorisée à venir chercher l'enfant

### 5. AUTORISATION DE SORTIE

Mon enfant est d'âge **ÉLEMENTAIRE**

Je l'autorise à quitter seul l'accueil de loisirs et l'accueil périscolaire :  OUI  NON

### 6. COMMUNICATION

**Je n'autorise pas** la prise de photos de mon enfant et leur parution sur les supports de communication de la ville de Chaville. (Chaville magazine, plaquettes, sites internet, réseaux sociaux)

*Je certifie*

- *l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et m'engage à **signaler par courrier ou par mail tout changement de coordonnées.***
- *Avoir pris connaissance des règlements intérieurs (accueil de loisirs et périscolaire et restauration collective) Ces renseignements sont demandés par la ville dans le cadre des inscriptions périscolaire et extrascolaire de votre enfant pour saisie dans le logiciel CIRIL et pour une plus grande efficacité dans la gestion quotidienne (dont la sécurité de vos enfants). Une fois la saisie des données commencées, vous disposerez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (article 34 de la loi informatiques et libertés du 6 janvier 1978).*

Fait à Chaville, le / / 2021 Nom(s) Prénom(s) **Signature OBLIGATOIRE** précédée de la mention « lu et approuvé »