**FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2025-2026 – SERVICE ENFANCE JEUNESSE - PERS-JUSSY**

**Enfant :** Garçon Fille

PHOTO

DE

L’ENFANT

 NOM : PRENOM :

 Né(e) le :

 Ecole fréquentée : Classe :

 Numéro CAF-MSA :

 **Périscolaire Mercredi Accueil de loisirs vacances Restauration Scolaire**

RESPONSABLES LEGAUX

Parent 1 : Mère Père  Autorité parentale Oui Non

Situation familiale : Marié(e)  Célibataire  Séparé(e)/divorcé(é) Concubin Pacsé(e) Veuf (Ve)

Nom de naissance :

Nom d’usage : Profession :

Prénom : Employeur :

Adresse : Numéro de travail :

Code Postal : Commune :

Portable : Téléphone domicile :

Mail

Parent 2 : Mère Père  Autorité parentale Oui Non

Situation familiale : Marié(e)  Célibataire  Séparé(e)) /divorcé(é) Concubin Pacsé(e) Veuf (Ve)

Nom de naissance :

Nom d’usage : Profession :

Prénom : Employeur :

Adresse : Numéro de travail :

Code Postal : Commune :

Portable : Téléphone domicile :

Mail

**PERSONNES A CONTACTER EN CAS D’URGENCE (autre que les parents)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOM | PRENOM | N° TELEPHONE | LIEN A L’ENFANT |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L’ENFANT (autre que les parents) :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOM | PRENOM | N° TELEPHONE | LIEN A L’ENFANT |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

ENFANT DE + DE 8 ANS AUTORISE A QUITTER LE PERISCOLAIRE OU LE CENTRE DE LOISIRS SEUL : **OUI** OU **NON**

**Précisez les jours et heures :**

Merci de joindre :

* Photocopie des vaccins de l’enfant( obligatoire) + Fiche de renseignements médicaux
* Carte d’identité des deux parents (si non donnée l’année précédente)
* Attestation CAF ou MSA datant de moins d’un mois
* Charte 2025-2026 signée (coupon retour signé)
* Assurance responsabilité civile

L’inscription aux services Enfance Jeunesse vaut acceptation des règlements de fonctionnement.

FAIS-LE : SIGNATURES :

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2025-2026 – SERVICE ENFANCE JEUNESSE - PERS-JUSSY**

**NOM** **: PRENOM** :

**GENRE** : FEMININ / MASCULIN

**DATE DE NAISSANCE** **et LIEU DE NAISSANCE** :

**GROUPE SANGUIN** :

Numéro de Sécurité Sociale :

**DATE DES DERNIERS RAPPELS DE VACCINS** (**Copie du carnet de vaccination obligatoire**)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| D.T.Polio | Coqueluche | Haemo Infl. b | Pneumocoque | Hépatite B | R.O.R | Méningocoque C ,B ,ACWY |
|  |  |  |  |  |  |  |

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER :

* Sans Viande
* AUTRES :

L’ENFANT BENEFICIE-T-IL D’UN PROTOCOLE D’ACCUEIL INDIVIDUALISE P.A.I ? **(Obligatoire en cas d’allergie ou traitement)**

* Allergies :
* Traitement :

L’ENFANT A-T-IL ou A-T-IL EU **DES DIFFICULTES DE SANTE** ? (MALADIE, ACCIDENT, HOSPITALISATION, OPERATION,)

**MEDECIN TRAITANT** :

NOM :

ADRESSE :

TEL :

Je soussigné , responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du Service Enfance à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de santé de l’enfant pendant toute l’année scolaire en cours.

Autorisation photographique-vidéo :

*Date : Signature :*