Ecole et Centre de loisirs éducatif

RPI et SIRP Brouzet - Carnas – Corconne

Fiche de renseignements 2026/2027

ENFANT

Nom :…… Prénom :…… ☐ Garçon ☐ Fille

Date de naissance : I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

Nom de l'assurance extrascolaire : …….…….. n° de contrat …… ……

Classe et établissement fréquenté : .....

Adresse :……

Code postal : …… Commune : ……

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT ☐ Mère ☐ Père ☐ Autre

Situation familiale : ☐ Concubin(e) ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

	Parent 1 (ou autre : ……)	**Parent 2** (ou autre : ……)
NOM - PRENOM		
Adresse (si différente de l'enfant)		
N° téléphone domicile		
N° téléphone portable		
Adresse mail		
Profession		
Employeur		
N° téléphone professionnel		

Nombre d'enfants à charge : I__I__I

Régime allocataire : ☐ **CAF** : n° allocataire (7 chiffres + 1 lettre) : I__I__I__I__I__I__I__I I__I Quotient Familial : I__I__I__I__I €

☐ **MSA** : n° I__I I__I__I I__I__I I__I__I I__I__I I__I__I__I I__I__I__I I__I__I Quotient Familial : I__I__I__I__I €

☐ **Autres** (SNCF, Caisse Maritime, RATP, …) : …… Quotient Familial : I__I__I__I__I €

Personnes autorisées à récupérer mon enfant ou à appeler en cas d'urgence (une pièce d'identité sera demandée) :

Nom-Prénom : …… Téléphone : ___ ___ ___ ___ ___ Lien de parenté : ……

☐ Autorisé à prendre l'enfant ☐ A appeler en cas d'urgence

Nom-Prénom : …… Téléphone : ___ ___ ___ ___ ___ Lien de parenté : ……

☐ Autorisé à prendre l'enfant ☐ A appeler en cas d'urgence

Nom-Prénom : …… Téléphone : ___ ___ ___ ___ ___ Lien de parenté : ……

☐ Autorisé à prendre l'enfant ☐ A appeler en cas d'urgence

REGIME ALIMENTAIRE : ☐ Sans Porc ☐ Autre : ……

AUTORISATIONS DIVERSES

Merci de remplir le verso

Je soussigné(e), Madame / Monsieur. : …….…… responsable légal de l'enfant,

	Oui	Non
Autorise mon enfant à partir seul de l'accueil de loisirs	☐	☐
Autorise l'école et le centre de loisirs éducatif à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique, pour la présentation et l'illustration des activités à durée indéterminée. L'exploitation de ces photos et de ces vidéos est à but non commercial.	☐	☐

J'autorise l'école et le responsable du centre de loisirs ou son représentant à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant selon les prescriptions du corps médical. Le SAMU et les parents seront immédiatement contactés. Je m'engage à rembourser le montant de tous les frais engagés.

N° de sécurité sociale de l'assuré (auquel l'enfant est rattaché) : I__I I__I__I I__I__I I__I__I I__I__I__I I__I__I__I I__I__I

Assurance (joindre justificatif) : …… N° de police : ……..

MÉDECIN TRAITANT

Nom :……..…… Prénom :…….....

Adresse :……...……..……..

CP : …….. Commune : ……..……Téléphone : ___ ___ ___ ___ ___

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination) *(joindre justificatif)*

Vaccins obligatoires	Dates vaccins			Date 1er rappel	Date 2ème rappel
Diphtérie / Tétanos (jusqu'à 18 mois)					
Poliomyélite (rappel jusqu'à 13 ans)					

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? ☐ **Oui** * ☐ **Non**

* Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée du médecin.

SANTE

Votre enfant est-il : Asthmatique ? ☐ **Oui** ☐ **Non**
Allergique ? ☐ **Oui** ☐ **Non**
Si oui, s'agit-il d'une allergie médicamenteuse ? ☐ **Oui** ☐ **Non**
d'une allergie alimentaire ? ☐ **Oui** ☐ **Non**
Autres : …….……

Existe-t-il un P.A.I. à l'école ? ☐ **Oui** ☐ **Non**
Si oui, j'autorise le responsable du centre de loisirs à prendre connaissance du PAI établi avec l'école ☐ **Oui** ☐ **Non**

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

……..
……..

INDIQUEZ CI-APRES :
Si votre enfant est en situation de handicap ☐ **Oui** ☐ **Non**
➔ Si oui, une rencontre avec l'équipe de direction doit être prévue avant l'accueil.

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre :**

……..
……..

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, des prothèses dentaires ou auditives, etc.

……..
……..

Je reconnais avoir pris connaissance du projet pédagogique, du règlement intérieur ainsi que la tarification en cours et autorise que mon enfant participe à toutes les activités.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Tout dossier incomplet ne sera pas accepté.

Fait à : …….. Date : …… Signature :