

Nom, prénom de l'enfant : Né(e) le :

➤ **INFORMATIONS PERSONNELLES**

Ecole : Enseignant : Classe :

Famille : Parentale Monoparentale Recomposée Accueil

L'enfant vit chez : Ses parents Sa mère Son père Autres :

Personnes à joindre en cas d'urgence :

RESPONSABLES DE L'ENFANT

	Rep. légal 1	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Rep. légal 2	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Date de naissance :				
Tél. Domicile/Portable :				
Courriel :				
Situation familiale :				

Nom et adresse de facturation :

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

	Rep. légal 1	Rep. légal 2
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		
Profession parents :		

➤ **ADMINISTRATION & SANTÉ**

✓ Caisse Allocation Familiale

N° Allocataire : Bénéficiaire de l'AEEH :

CAF Moselle = OUI / NON MSA METZ

✓ Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire qui l'assure jusqu'au : __/__/__

Nom de la compagnie : N°Téléphone N°Contrat :

✓ Je certifie que mon enfant bénéficie d'un suivi médical

Médecin traitant : Nom : Téléphone
Adresse :

Régime alimentaire :

L'enfant est concerné par :

- Un Projet d'accueil individualisé (PAI). Précisez :
- Un trouble spécifique des apprentissages (dyslexie / dysorthographe / dyscalculie / Autres :
- Un déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH ou TDA)
- Un trouble de conduites (TC) ou trouble oppositionnels avec provocation (TOP)
- Un trouble alimentaire. Précisez :
- Autres :

Une allergie :

↳ **AUTORISATIONS**

L'enfant à t'il le mal des transports ? OUI NON

L'enfant sait-il nager ? OUI NON

J'autorise l'équipe d'animation à :

- Appliquer du maquillage OUI NON
- Appliquer de la crème solaire OUI NON
- A lui donner lors d'évènements ponctuelles :
un bonbon, un chocolat ou des boissons sucrées OUI NON
- Utiliser l'aspir-venin OUI NON
- Utiliser le tire-tique OUI NON
- A photographier ou filmer mon enfant OUI NON
- A les utiliser lors de création ou d'archive OUI NON
- A les utiliser dans la presse communale ou locale OUI NON

J'autorise Je n'autorise pas

- En cas de blessures superficielles, l'équipe d'animation à nettoyer la plaie avec un spray antiseptique, d'utiliser des pansements ou d'appliquer de la crème type ARNICA contre les bosses sur mon enfant.

J'autorise Je n'autorise pas

- La responsable de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant en cas d'accident ou d'incident.

J'autorise Je n'autorise pas

- Tous les services de secours, à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant en cas d'accident ou d'incident.

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités OUI NON

Si Non, nom de la ou des personnes susceptibles de venir chercher mon enfant :

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

J'autorise le personnel de la Mairie à diffuser les photographies et/ou les films de mon enfant dans la presse et journaux locaux

OUI NON

J'autorise le personnel de la Mairie à diffuser les photographies et/ou les films de mon enfant sur Internet, dans le groupe Facebook : Culture & Lutins du Val de Sarre

OUI NON

→ J'atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis.

↳ **PIECES JUSTIFICATIVES**

Assurance extrascolaire

Carnet de vaccination à jour

Revenu fiscal annuel 2025 Nbre de part(s) :

Recommandations des parents :
.....
.....
.....

Fait à , le Signature :