

## Fiche de renseignements 2025.2026

A remettre au Service Enfance/Jeunesse/Education pour le 1er juillet. Aucun dossier ne sera pris en compte sans ce document.

NOM de l'Enfant :

PRENOM :

ADRESSE :

DATE de NAISSANCE :

Garçon : ☐ Fille : ☐

Ecole :

Niveau rentrée 2025:

**1°-VACCINATIONS OBLIGATOIRES :** Fournir la photocopie des vaccins ou si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

### 2°- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX SUR L'ENFANT :

- Votre enfant présente-t-il une pathologie chronique ou aigüe en cours ? oui ☐ non ☐
- Votre enfant a-t-il un traitement médical ? oui ☐ non ☐
- Si oui, fournir un certificat médical ou un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)
- Votre enfant présente-t-il des antécédents médicaux ou chirurgicaux, ou autres éléments d'ordre médical susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil ? oui ☐ non ☐
- Merci de préciser ou de fournir un certificat médical de non contre-indication si besoin :
- Votre enfant fait-il l'objet d'une reconnaissance de la part de la MDPH ? oui ☐ non ☐ (Joindre le justificatif)
- Si oui, êtes-vous bénéficiaire de l'AEEH oui ☐ non ☐

### Régimes Spécifiques – Allergies- Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)

|                          |                              |                              |                                                                                                                              |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Allergie Alimentaire (1) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Merci de préciser :<br>Votre enfant bénéficie-t-il déjà d'un PAI ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Allergie Médicamenteuse  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Si oui, précisez :                                                                                                           |

**(1)** Si votre enfant présente une allergie alimentaire, un **protocole d'accueil individualisé** doit être signé entre le prestataire de restauration scolaire, la Municipalité et les parents avec un avis du médecin. Merci de prendre contact avec le service Enfance/Jeunesse/Education pour que le formulaire vous soit envoyé. Tél : 02.40.97.36.24

**3°- FAMILLE DE L'ENFANT :** ☐ Marié ☐ Pacsé ☐ Vie maritale ☐ Célibataire/Veuf

### COMPOSITION DU FOYER

LIEN AVEC L'ENFANT :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

LIEN AVEC L'ENFANT :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TEL. FIXE :

PORTABLE :

TEL. TRAVAIL :

PORTABLE :

TEL. TRAVAIL :

EMAIL :

(Email utilisé pour le portail famille)

EMAIL :

Tourner la page

**Représentants légaux** (Parents) si séparés ou divorcés fournir une copie du jugement de divorce.

PARENT 1 :

PARENT 2 :

Autorisation pour l'autre parent de récupérer l'enfant : ☐ oui ☐ non

Garde alternée : ☐ oui ☐ non (1 dossier à faire pour chaque parent)

Semaine impaire ☐

Semaine paire ☐

**ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE OBLIGATOIRE (Fournir l'attestation)**

Compagnie :

Lieu :

N° de police :

**4°- PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET AUTORISEES A VENIR CHERCHER MON ENFANT**

**(Autres adultes du foyer) :**

Nom :

Prénom :

Tél :

Nom :

Prénom :

Tél :

Nom :

Prénom :

Tél :

Nom :

Prénom :

Tél :

**5°-AUTORISATION A QUITTER LA STRUCTURE :**

**Centre de loisirs et Accueil périscolaire :**

La journée ou la demi-journée ALSH se terminant entre 11h30 et 12h ou 16h30 et 17h :

☐ J'autorise mon enfant à quitter seul la structure **les mercredis à**

☐ Je n'autorise pas

☐ J'autorise mon enfant à quitter seul la structure **pendant les vacances à**

☐ Je n'autorise pas

☐ J'autorise mon enfant à quitter seul la structure **périscolaire à**

☐ Je n'autorise pas

Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐

**Espace « 1013 » (CM2/6<sup>ème</sup>/5<sup>ème</sup>) :** ☐ J'autorise mon enfant à quitter seul la structure à

☐ Je n'autorise pas

**6°-AUTORISATION PARENTALE D'INTERVENTION MEDICALE ET/OU CHIRURGICALE :**

Sous réserve d'en être informé le plus rapidement possible, **Nous,**

☐ **autorisons** ☐ **n'autorisons pas** le service Enfance /Jeunesse/Education à prendre toute décision nécessaire en cas d'urgence en notre absence, y compris le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (SAMU, Pompiers) pour que puisse être pratiquée, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie, sur notre enfant.

**7°-AUTORISATION DE TRANSPORT :**

☐ J'autorise ☐ Je n'autorise pas les animateurs des centres de loisirs à transporter mon enfant en minibus (sortie) dans le respect de la législation en vigueur.

**8°-DROIT A L'IMAGE :**

J'autorise la ville du Pellerin à utiliser les photographies où mon enfant apparaît afin d'illustrer les supports municipaux d'information et de communication.

**Support papier MAIRIE**

☐ oui

☐ non

**Support web MAIRIE**

☐ oui

☐ non

Nous, soussignés

, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche.

**L'utilisation de nos services est soumise à l'acceptation du règlement intérieur des accueils périscolaires et centres de loisirs gérés par la Ville du Pellerin, disponible sur [www.ville-lepellerin.fr](http://www.ville-lepellerin.fr).**

Date :

Signatures :

Nom de l'allocataire :

Nom et prénom de l'enfant concerné :

Les services périscolaires sont facturés en fonction de votre quotient familial connu à la date d'inscription. Il sera remis à jour au cours du mois de février.

Pour se faire, merci de nous communiquer votre numéro d'allocataire ou de MSA.

Si vous n'êtes ni allocataire CAF, ni MSA ou que vous nous refusez l'accès à [caf.fr](http://caf.fr), merci de nous fournir la copie du dernier avis d'imposition ainsi que le dernier décompte des prestations familiales.

Sans ces documents, les services utilisés vous seront facturés au tarif maximal.

**REGIME DE LA PERSONNE A FACTURER :**

CAF de L.A ☐ N° d'allocataire :

QUOTIENT FAMILIAL :

MSA ☐ N° d'allocataire :

QUOTIENT FAMILIAL :

Autorisez-vous le service Enfance/Jeunesse/Education à accéder au site [caf.fr](http://caf.fr) pour prendre connaissance de votre quotient familial. ☐ OUI ☐ NON

**NOM(S) PRENOM(S) et ADRESSE de la (des) personnes(s) à facturer :**



Le Maire de la ville de Le Pellerin vous informe concernant vos données à caractère personnel : il est le responsable de traitements de vos données.

Celles que vous transmettez permettent à vos enfants d'avoir des activités au sein des accueils péri scolaires et centre de loisirs gérés par la ville le Pellerin et les Francas.

Vos données à caractère personnel collectées sont destinées aux agents Responsable d'accueil de loisirs et responsable d'accueil périscolaire. Les données à caractère personnel que vous transmettez sont conservées 5 ans après l'accueil de votre enfant hors comptabilité (10 ans).

Vous disposez de droits d'accès à vos données, de modifications, de suppression, d'effacement et d'oppositions pour motif légitime. Vous pouvez exercer ces droits directement auprès des agents qui ont été vos interlocuteurs en fournissant un justificatif d'identité signé ou par mail à [dpo@ville-lepellerin.fr](mailto:dpo@ville-lepellerin.fr).

En cas de litige éventuel, vous pouvez également saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés si aucune solution n'a été trouvée <https://www.cnil.fr>

Date :

Signatures :