

# SERVICE ENFANCE/JEUNESSE

## FICHE D'IDENTIFICATION ET DE LIAISON

### 2017/2018

#### **ENFANT**

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe :  Féminin  Masculin

<b>RESPONSABLES LEGAUX</b>
----------------------------

#### **MERE**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

 Domicile : ..... Portable mère : .....

Travail : ..... Mail : .....

#### **PERE**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

 Domicile : ..... Portable père : .....

Travail : ..... Mail : .....@.....

#### **AUTRE (tuteur – placement)**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

 Domicile : ..... Portable : .....

Travail : ..... Mail : .....@.....

#### **Situation parentale :**

Célibataire  
  Marié(e)  
  En couple  
  Pacsé(e)  
  Séparé(e)  
  Divorcé(e)  
  Veuf(ve)

Si divorcé ou séparé, préciser celui qui a la garde de l'enfant  Mère  Père

#### **Renseignements complémentaires :**

- Vous êtes allocataires CAF si oui indiquez votre n° allocataire : .....
- Régime Sécurité Sociale :  Régime général  Régime MSA  Maritime

## **AUTORISATION DE SORTIE :**

Je soussigné(e).....autorise mon enfant à rentrer seul le soir après l'accueil périscolaire ou de loisirs OUI NON

J'autorise les personnes citées ci-dessous à récupérer mon enfant (voir règlement intérieur) :

**NB : toute personne devra justifier de son identité sans quoi l'enfant ne lui sera pas confié**

NOM et Prénom	Téléphone	Lien de parenté

## **DROIT A L'IMAGE :**

Je soussigné(e).....autorise l'équipe d'animation :

- 1) A prendre mon enfant en photo ou film dans le cadre des animations proposées : OUI NON
- 2) A utiliser ces photos ou films (ex : diffusion sur le site internet de la commune, sur le bulletin municipal de la commune, dans le Sud-Ouest) : OUI NON

## **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

Nom du médecin traitant :..... Téléphone :.....

L'enfant a-t-il un Protocole d'Accueil Individualisé pour l'école : OUI NON

**Si oui vous devez impérativement une copie et prendre contact avec l'équipe de direction de la structure d'accueil**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, appareil dentaire, suit-il un traitement médical, autres : OUI NON

**Si oui précisez :**.....

Autres recommandations utiles :.....  
.....

**PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR :** lors de l'inscription et à remettre à jour chaque année ou pour toute modification

	Photocopie du dernier avis d'imposition sur les revenus (les 2 avis pour les couples séparés, en concubinage et garde alternée)
	Photocopie du livret de famille
	Justificatif de domicile (- de 3 mois)
	Photocopie du carnet de vaccinations – DT POLIO obligatoire et à jour
	Assurance extra-scolaire 2017/2018

**Je soussigné(e)** (Nom, Prénom).....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance des projets éducatifs et pédagogiques de la structure d'accueil (documents disponible sur le site) et autorise l'équipe de direction de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant :

Fait à La Brède le.....

Signatures des parents  
Avec la mention lu et approuvé

« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des inscriptions scolaires et des services périscolaires proposés par la Commune de La Brède.

Les destinataires des données sont les agents habilités du Service Enfance Jeunesse.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Service Enfance Jeunesse de la Mairie de La Brède »