

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILLE

Afin de ne pas multiplier les documents à remplir,  
cette fiche de renseignements est commune à certaines services<sup>(\*)</sup> comme  
Périscolaire, ALSH, TAP, Restaurant scolaire, animations sportives  
et activités Jeunesse sur la commune de Beaupréau-en-Mauges  
<sup>(\*)</sup> renseignements à prendre auprès de l'organisateur

### FAMILLE

RESPONSABLE LEGAL 1	RESPONSABLE LEGAL 2
Nom:	Nom:
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse <sup>(1)</sup> :
Commune déléguée :	Commune déléguée <sup>(1)</sup> :
CP - Ville :	CP - Ville <sup>(1)</sup> :
Adresse mail :	Adresse mail <sup>(1)</sup> :
Tél domicile :	Tél domicile <sup>(1)</sup> :
Tél portable :	Tél portable :
Tél professionnel :	Tél professionnel :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
N° sécurité sociale :	N° sécurité sociale :

<sup>(1)</sup> à remplir si différent

### SITUATION FAMILIALE

- Marié, vie maritale, pacsé   
  Divorcé, séparé   
  Célibataire   
  Veuf  
 ↳ En cas de divorce : garde alternée :  Oui     Non (voir fiche inscription)

### RÉGIME ALLOCATAIRE

- CAF de Maine et Loire   
  Autre CAF   
  MSA Maine et Loire   
  Autre MSA

N° allocataire : .....

Quotient familial : .....

⇒ **Pour les allocataires CAF** : selon notre convention CAFPRO, nous pouvons consulter votre QF. En cas de refus, merci de nous adresser un courrier et un justificatif de votre QF à chaque nouvelle inscription.

⇒ **Pour les allocataires MSA**, joindre un justificatif de votre QF.

### COMPOSITION DE LA FAMILLE Merci d'indiquer les enfants scolarisés jusqu'à la majorité

	Nom	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance
<b>Enfant 1</b>				
<b>Enfant 2</b>				
<b>Enfant 3</b>				
<b>Enfant 4</b>				

### AUTRES PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom-Prénom	Téléphone	Lien avec l'Enfant

### PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE en cas d'absence des parents

À noter dans l'ordre de priorité	Personne 1	Personne 2	Personne 3
Nom-Prénom			
Téléphone			

## ENFANTS UTILISATEURS DES SERVICES

	<b>Enfant 1</b>	<b>Enfant 2</b>	<b>Enfant 3</b>	<b>Enfant 4</b>
<b>Nom</b>				
<b>Prénom</b>				
<b>Sexe</b>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Bénéficiaire de l'AEH</b> (Allocation Enfant Handicapé)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<b>RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX</b>				
<b>Médecin traitant</b>				
<b>Téléphone</b>				
<b>Mutuelle</b> <b>n° Contrat mutuelle</b>				
<b>Allergie alimentaire ou contre indication</b> <b>Si oui précisez :</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Autres allergies</b> <b>Si oui précisez :</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Asthme</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Autres problèmes de santé éventuels</b> (si votre enfant a un PAI (Projet d'Accueil Individualisé), <b>merci de le préciser</b> )				
<b>Les vaccinations de mon enfant sont à jour</b>	<b>Fournir obligatoirement une photocopie de tous les vaccins pour chaque enfant</b>			
<b>AUTORISATIONS</b>				
Autorise la diffusion de l'image de mon (mes) enfant(s) mineur(s) prise lors des manifestations, stages, ateliers, animations sur les différents support de communication de l'organisateur (plaquettes, Internet, Facebook, presse, panneaux photos, etc...) * en application de l'article 9 du code civil : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
En cas d'urgence, nous autorisons les organisateurs à présenter <b>mon (mes) enfant(s)</b> à un médecin et le prendre toutes les mesures nécessaires pour qu'il(s) reçoive(nt) les soins appropriés.				

Fait à

Le

Signature

**Après avoir rempli ce document, merci de l'enregistrer sur votre ordinateur afin de l'imprimer pour le signer et le remettre au responsable de la structure accueillant votre (vos) enfant(s)**

***Cette fiche ne peut-être modifiée que par vos soins. Vos informations étant confidentielles, les organisateurs de structures différentes ne pourront se communiquer cette fiche : cette démarche ne peut être effectuée que par vous-même.***