

## Fiche de Renseignements

**Enfant :**

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Sexe :**

**Né(e) le** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **à** .....

**Nationalité :** .....

**Fiche responsable 1 :**

**Fiche responsable 2 :**

**Nom :** .....

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Adresse :** .....

**Mail :** .....

**Mail :** .....

**Né(e) le** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **à**

**Né(e) le** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **à**

**Nationalité :** .....

**Nationalité :** .....

**Téléphone domicile :**

**Téléphone domicile :**

**Mobile :**

**Mobile :**

**Profession :**

**Profession :**

**Société :**

**Société :**

**Tel. Professionnel :**

**Tel. Professionnel :**

**Autorité Parentale :**  **Oui**  **Non**

**Autorité Parentale :**  **Oui**  **Non**

**- Merci de joindre une copie du jugement indiquant les personnes non autorisées à être en contact avec l'enfant afin que nous appliquions les décisions du Tribunal.**

**Famille :**

**Situation Familiale :**  Marié  Pacsé  Concubinage  Divorcé  Séparé  Autre

**Si garde alternée :** - semaine paire :  père  mère  
- semaine impaire :  père  mère

**Nombre d'Enfants à Charge :**

**Si fratrie :** Nom : ..... Prénom : ..... Classe : .....

**Si fratrie :** Nom : ..... Prénom : ..... Classe : .....

**Régime :**  CAF  MSA

**N° allocataire obligatoire :**

**Quotient familial en cours :**

**En cas de changement en cours d'année, merci de nous en informer via votre compte portail familles**

**\*A fournir le jour du dépôt du dossier**

**Assurance scolaire :**

**Si l'enfant fréquente le centre de loisirs :** Assurance extrascolaire

**\*A fournir le jour du dépôt du dossier**

**N° de police :**

**AUTORISATION CONSULTATION CDAP (QUOTIENT FAMILIAL)**

**Oui**  **Non**

## **AUTORISATIONS**

### **Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :**

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de Famille
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			

- Toute personne non mentionnée dans cette fiche de renseignements devra être signalée par écrit et présenter une pièce d'identité.**

### **Personnes à contacter en cas d'urgence :**

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de Famille
1)			
2)			
3)			
4)			

### **Autorisations :**

<b>- APPLIQUER DE LA CREME SOLAIRE</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>-PHOTOGRAPHIE ET FILM (revue municipale, journaux, site internet du Centre de Loisirs etc...)</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>-PRATIQUE DES ACTIVITÉS SPORTIVES OU NAUTIQUES</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>-RENTRER SEUL(E) A LEUR DOMICILE (pour le périscolaire et le centre de loisirs) ENFANTS D'AGE ELEMENTAIRE (6-12 ANS et +)</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>-AUTORISATION DE MAQUILLER L'ENFANT</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>-SORTIE(S) SUR TEMPS PERISCOLAIRE ET CENTRE DE LOISIRS ACCOMPAGNE D'ADULTES DANS LE CADRE D'UNE ACTIVITÉ DÉFINIE (informations précises données aux parents en temps voulu)</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

## **SANTE**

Médecin (Nom, Prénom)

Téléphone

1)

2)

**Autorisation d'hospitalisation :**       **Oui**       **Non**

Antécédents Médicaux

Commentaires - Hospitalisation

Traitements médicaux permanents nécessitant un PAI:       **Oui**       **Non**

Reconnaissance MDPH:       **Oui**       **Non**

Y a-t-il un aménagement particulier       **Oui**       **Non**

- **A fournir le jour du dépôt du dossier.**

Allergies :       **Oui**       **Non**

Médicamenteuses :       **Oui**       **Non**

Alimentaires :       **Oui**       **Non**

Autres :       **Oui**       **Lesquelles :**

Cause de l'allergie et conduite à tenir (préciser si automédication)

## **Vaccinations**

- **Vous munir obligatoirement du carnet de santé de l'enfant le jour du dépôt du dossier.**

## **SCOLAIRE ET EXTRA-SCOLAIRE**

Groupe scolaire Jules Verne – niveau que fréquentera l'enfant en 2024/2025 : .....

### **Accueil Périscolaire/Centre de Loisirs :**

- Voir règlement intérieur en ligne sur le portail familles (<https://bonson.portail-familles.app>)

### **Restaurant scolaire :**

- Voir règlement intérieur en ligne sur le portail familles (<https://bonson.portail-familles.app>)
- Voir formulaire de consentement des données en ligne sur le portail familles (<https://bonson.portail-familles.app>)

### **Régime alimentaire spécifique :**

sans gluten       sans viande       sans laitage       autres (précisez).....

**Ce régime alimentaire est-il en lien avec le P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé)**

Oui (joindre une copie du P.A.I.)       Non

**Je soussigné(e), Madame, Monsieur** .....

- Déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs téléchargeables sur le portail familles et en respecter les conditions.
- Déclare exacts les renseignements portés dans ce dossier et autorise les responsables des structures où mon enfant est inscrit à prendre le cas échéant, toute mesure rendue nécessaire par l'état de mon enfant. (traitement médical, hospitalisation, transport en ambulance, intervention chirurgicale...).
- Atteste que mon enfant est bien assuré en responsabilité scolaire et extra-scolaire et m'engage à fournir l'attestation correspondante au moment du dépôt du dossier.
- M'engage à signaler tout changement de situation via mon compte portail familles (<https://bonson.portail-familles.app>).

**Fait à BONSON le.....**

#### **Signature du responsable 1**

(Précédée de la mention

*Lu et approuvé*

#### **Signature du responsable 2**

(Précédée de la mention

*Lu et approuvé*