



FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILLE

Sur présentation du livret de famille ou copie intégrale de l'acte de naissance des enfants

Dossier reçu le : Saisi le :

En cas de modification, mise à jour obligatoire auprès du responsable de la structure d'accueil ou directement via le portail famille. Ce document est à compléter avec une saisie des inscriptions sur le portail famille ou par rédaction d'un contrat d'accueil d'inscription spécifique à la structure qui accueille votre enfant

Premier responsable légal

Se désigne comme payeur et destinataire des factures

N°allocation CAF/MSA :

Rôle et civilité : Père Mère Tuteur M Mme

Nom (*), Prénom (*), Né le, A

Adresse (*)

Code postal (*), Ville (*)

Téléphone du domicile (**), Portable (**)

Profession, Employeur, Téléphone Bureau, Téléphone Employeur, E-mail (*)

Marié(e), Divorcé(e), Séparé(e), Vie maritale, Remarié(e), Veuf (ve), Célibataire, Pacsé(e)

Autorité parentale, Prévenir en cas d'urgence

** Un numéro de téléphone est fortement conseillé.

Deuxième responsable légal

Se désigne comme payeur et destinataire des factures

N°allocation CAF/MSA :

Rôle et civilité : Père Mère Tuteur M Mme

Nom (*), Prénom (*), Né le, A

Adresse (*)

Code postal (*), Ville (*)

Téléphone du domicile (**), Portable (**)

Profession, Employeur, Téléphone Bureau, Téléphone Employeur, E-mail (*)

Marié(e), Divorcé(e), Séparé(e), Vie maritale, Remarié(e), Veuf (ve), Célibataire, Pacsé(e)

Autorité parentale, Prévenir en cas d'urgence

** Un numéro de téléphone est fortement conseillé.

En cas de séparation, de divorce ou toute autre procédure qui entraîne un changement de garde de l'enfant, fournir le jugement du tribunal ou tout document officiel qui précise le nom et prénom de la personne responsable légalement de l'enfant et l'organisation de la garde de celui-ci.

Etat civil de(s) enfant(s)

Table with 7 columns: SEXE, NOM PRENOM, DATE DE NAISSANCE, Lieu de naissance, Etablissement, Classe/Niveau, Régime alimentaire (PAI) ou repas sans viande porcine

Facultatif : dans le cadre du Club Jeunes, si le jeune possède un mobile ou un courriel pour recevoir des informations sur la structure :

Portable: e-mail :

QUEL SERVICE SOUHAITEZ VOUS UTILISER Cochez la ou les case(s) correspondantes à votre choix pour une meilleure retransmission de votre dossier aux services concernés

	Nom et prénom du 1 ^{er} enfant :	Nom et prénom du 2 ^{ème} enfant :	Nom et prénom du 3 ^{ème} enfant :
MULTI ACCUEIL	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
CRECHE FAMILIALE	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
ACCUEIL PERISCOLAIRE Avant et après la classe	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
RESTAURATION	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
ALSH (Accueil de Loisirs) mercredi et vacances scolaires	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
CLUB JEUNE	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

MEDICAL

	Nom et prénom du 1 ^{er} enfant :	Nom et prénom du 2 ^{ème} enfant :	Nom et prénom du 3 ^{ème} enfant :
Régime Social	<input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre :
N° sous lequel est affilié l'enfant			
Médecin traitant ou pédiatre ___ / ___ / ___ / ___ / ___ ___ / ___ / ___ / ___ / ___ ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Téléphone Médecin
Adresse Médecin
Groupe Sanguin			

Mairie de Saint Cyr en Val

Compagnie d'assurance N° police Date de validité ____ / ____ / ____ Joindre la copie qui mentionne le nom de l'enfant ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____
Autorisation de photographie à l'usage éducatif inhérent à la vie collective de la structure	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Pour les informations qui concernent les vaccins de votre ou de vos enfants voir la fiche située en annexe. Merci de la remplir avec la plus grande attention et de joindre une photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé de votre ou vos enfants.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?			
Rubéole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Varicelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Angine	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Rhumatisme	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Scarlatine	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Rougeole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Oreillons	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Allergies			
Asthmes	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Alimentaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autres			
Cause de l'allergie, et conduite à tenir			
Lunettes/ prothèses auditives/ prothèses dentaires?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Mairie de Saint Cyr en Val

Difficultés de santé et précautions à prendre	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Traitement médical

Uniquement pour la prise en charge d'un PAI : joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Autorisations et décharge

J'autorise la ou les personnes citées ci-dessous à prendre en charge mon enfant en dehors de ma présence (personne de plus de 18 ans)
(se munir d'une pièce d'identité)

Nom Prénom	Adresse	Tél	Lien de parenté	Prévenir en cas d'urgence	Autorisé(e) à prendre le ou les enfant(s) à la sortie de classe
		___ / ___ / ___ / ___ / ___		<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
		___ / ___ / ___ / ___ / ___		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

J'autorise mon (mes) enfant (s) à partir seul
 le lundi à partir de ...h.... **le mardi** à partir de ...h.... **le mercredi** à partir de ...h....
 le jeudi à partir de ...h.... **le vendredi** à partir de ...h....

« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à éviter la multiplication des saisies au niveau des services de l'enfance, jeunesse et restauration scolaire.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 06 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 à la mairie, 140 rue du 11 Novembre, 45590 SAINT CYR EN VAL.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. »

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.

Je m'engage à payer ma ou (mes) factures dans les délais et de prendre connaissances des règlements qui régissent les structures et d'en respecter les règles.

Je signalerai toute information pouvant intervenir au cours de l'année scolaire (adresse, situation familiale, téléphone...).

Date	Père ou tuteur Mention « lu et approuvé » et signature	Mère ou tuteur Mention « lu et approuvé » et signature
-------------	---	---

ANNEXE : FICHE VACCINS

VACCINS COMBINES = INFANRIX HEXA, HEXION																								
VACCINS COMBINES = INFANRIX QUINTA, PENTAVAC																								
VACCINS COMBINES = INFANRIX TETRA, REPEVAX, BOOSTRIX/TETRA, TETRAVAC																								
Vaccins contre	Diptérie/Tétanos/Poliomyélite (DTP)					Coqueluche					Haemophilus influenzae b			Hépatite B			Pneumocoque			Meningocoque C		Rougeole/ Oreillon/Rubéole		BCG
Vaccins existant en France	Revaxix (DTP), imovax (poliomyélite), vaccin tétanique Pasteur (Tétanos)										Act-Hib			Engerix B, HBVaxpro, Genhevac B, Twinrix			Prevenar, Pneumovax			Menjugate, Neisvac, Meningitec, Nimenrix, Menveo		Priorix, M-M-Rvaxpro, Rouvax (rougeole)		BCG SSI
Vaccinations obligatoires pour les enfants nés avant 2018																								
Vaccinations obligatoires pour les enfants nés à partir du 01/01/2018																								
Calendrier vaccinal 2018	2 Mois	4 Mois	11 Mois	6 ans	11-13 ans	2 Mois	4 Mois	11 Mois	6 ans	11-13 ans	2 Mois	4 Mois	11 Mois	2 Mois	4 Mois	11 Mois	2 Mois	4 Mois	11 Mois	5 Mois	12 Mois	12 Mois	18 Mois	Dès la naissance
	1ère dose	2ème dose	Rappel	Rappel	Rappel	1ère dose	2ème dose	Rappel	Rappel	Rappel	1ère dose	2ème dose	Rappel	1ère dose	2ème dose	Rappel	1ère dose	2ème dose	Rappel	1ère dose	Rappel	1ère dose	2ème dose	
1er enfant (Nom-Prénom)																								
2ème enfant (Nom-Prénom)																								
3ème enfant (Nom-Prénom)																								