



COMMUNAUTÉ DE COMMUNES  
HANAU LA PETITE PIERRE

ANIMATION

# Fiche de renseignements

(1 Fiche de renseignements à compléter par enfant ou jeune)

## A) ENFANT / JEUNE

- Fille  Garçon
- Nom et prénom : .....
- Date de naissance : ...../...../.....
- Lieu de scolarisation : ..... Classe : .....
- Allergies : oui  non  Si oui précisez : .....
- Traitement médical : oui  non   
Si oui, joindre l'ordonnance et les médicaments dans leur boîte d'origine marquée au nom de l'enfant et avec la notice.
- Asthme : oui  non
- Nom, téléphone et adresse du médecin traitant : .....  
.....
  
- Personnes à prévenir en cas d'urgence (dans l'ordre de priorité) :
  1. .... Tél. : ..... En qualité : .....
  2. .... Tél. : ..... En qualité : .....
  3. .... Tél. : ..... En qualité : .....
- En cas d'hospitalisation, précisez le nom de l'hôpital : .....
- J'autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires à l'état de l'enfant.
- J'autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités proposées par l'équipe : la fiche de pré-inscription par période permet de valider la pratique d'activités spécifiques (sorties, piscine, camps...).
- Sortie de l'enfant :

J'autorise notre enfant, à rentrer à la maison, après le fonctionnement des activités :

  - seulement s'il est accompagné de : .....
  - avec toute autre personne pour laquelle nous nous engageons à faire connaître l'identité auparavant à l'équipe d'animation.
  - seul (à partir de 8 ans)
- Autorisation de sortie en dehors des horaires du centre :

Si exceptionnellement, notre enfant devait partir avant la fin de l'activité, je m'engage à fournir une décharge écrite au directeur.
- J'autorise la reproduction ou la diffusion des photos, vidéos de mon enfant dans le cadre des outils de communication de la Communauté de Communes : Oui  Non   
(Ces images pourront être utilisées à des fins strictes d'illustration et de promotion des activités non commerciales : plaquette d'information, presse, site internet, journal communal ou intercommunal)

- J'autorise le directeur à conserver la fiche sanitaire de liaison pour la durée de l'année scolaire : Oui   
Non

## **B) PARENTS**

### ★ La mère :

Nom et Prénom : .....

Adresse complète : .....

.....

N° de tél. du domicile : .....

N° de portable : .....

Adresse mail : .....

.....

Facebook : .....

Profession : .....

Nom et Adresse de l'employeur :

.....

.....

N° de tél. du travail : .....

### ★ Le tuteur ou la famille d'accueil :

Nom et Prénom : .....

Adresse complète : .....

.....

.....

N° de tél. du domicile : .....

N° de portable : .....

Profession : .....

Adresse de l'employeur : .....

.....

N° de tél. du travail : .....

Adresse mail : .....

.....

Facebook : .....

### ★ Le père :

Nom et Prénom : .....

Adresse complète : .....

.....

.....

N° de tél. du domicile : .....

N° de portable : .....

Adresse mail : .....

.....

Facebook : .....

Profession : .....

Nom et Adresse de l'employeur :

.....

.....

N° de tél. du travail : .....

### ★ Responsable légal de l'enfant :

- la mère     le père     les parents  
 le tuteur ou la famille d'accueil

### Adresse complète de facturation :

.....

.....

.....

### Je souhaite recevoir mes factures par e-mail :

Oui     Non

### Je souhaite recevoir les informations par e-mail :

Oui     Non

Numéro d'allocataire CAF ou MSA  
(obligatoire) : .....

Je soussigné(e) ....., responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés à ce document.

Je m'engage à signaler toutes modifications nécessaires en cas de changement.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et y adhère sans restriction.

Fait à : .....

Le

Signature :