

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILLE

Afin de ne pas multiplier les documents à remplir,  
cette fiche de renseignements est commune à certain services<sup>(\*)</sup> comme  
Périscolaire, ALSH, Restaurant scolaire, animations sportives  
et activités Jeunesse sur la commune de Beaupreau 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>IQRF T G'QDNK CVQK TGO GP V'WP G'EQRIGF GU'XCEE R URQWT'EJ CS WG'GP HCP V'</b>			
<b>AUTORISATIONS</b>				
Autorise <b>la diffusion de l'image de mon (mes) enfant(s)</b> 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.***