

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS
ANNEE 2026-2027
RESTAURATION SCOLAIRE - GARDERIE

ENFANT

Nom : Prénom : Garçon ☐ Fille ☐
 Date de Naissance :/...../.....
 Ecole fréquentée : Classe :
 Régime alimentaire : Standard ☐ Sans Viande ☐ P.A.I ☐

Frères et sœurs scolarisés dans le même groupe scolaire :

Nom et Prénom : Classe : Enseignant :
 Nom et Prénom : Classe : Enseignant :
 Nom et Prénom : Classe : Enseignant :

PERE	MERE
Nom et prénom :	Nom et prénom :
Adresse domicile :	Adresse domicile :
☎ domicile :	☎ domicile :
☎ professionnel :	☎ professionnel :
📱 portable :	📱 portable :
✉ mail :	✉ mail :
Profession :	Profession :
Nom et adresse employeur :	Nom et adresse employeur :

Si le responsable légal de l'enfant n'est pas l'un des parents, précisez ses nom, prénom, adresse et numéro de téléphone :

PROCEDURE D'URGENCE

En cas d'accident, je, soussigné(e), autorise les secours à intervenir auprès de mon enfant et à le transporter vers l'hôpital le plus proche.

L'enfant est-il allergique à des médicaments ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, merci de préciser lesquels :

ETAT MEDICAL – VACCINATIONS (Informations obligatoires)

Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)

L'enfant est-il allergique à certains aliments ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, merci de préciser lesquels :

Un **Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)** est OBLIGATOIRE en cas de maladie chronique, de handicap, de prise de médicaments, d'allergies alimentaires, pour tous les temps d'accueil de l'enfant (scolaire et/ou périscolaire).

Les familles doivent, à cet effet, contacter le médecin scolaire dès la rentrée.

En l'absence de P.A.I. aucune mesure spécifique ne pourra être prise.

Consignes particulières :

.....

Vaccinations (fournir la photocopie du carnet de vaccinations)

Vaccins	Oui	Non	Dates des derniers rappels
D.T.P (Diphtérie-Tétanos-Polio)			
R.O.R (Rubéole-Oreillons-Rougeole)			
Coqueluche			
Hépatite B			
Haemophilus Influenzae b			
Méningocoque B			
Pneumocoque			

PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (en dehors des parents)

Nom et prénom : N° 

Nom et prénom : N° 

Nom et prénom : N° 

DROIT A L'IMAGE

J'accepte, je n'accepte pas (**rayez la mention inutile**) que mon enfant puisse éventuellement être pris en photo pendant les activités et autoriser l'exploitation de ces images dans les outils d'information ou de communication de la municipalité.

ATTESTATION

Je soussigné(e), le responsable légal de l'enfant, :

- Accepte toutes les clauses du règlement intérieur (restauration scolaire, garderie),
- Déclare avoir souscrit une assurance garantissant une protection pour les activités extra-scolaires,
- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à informer la mairie de tout changement de situation.

Date :

Signature du représentant légal