Pôle Echanges et Savoirs

Vis pour apprendre — Apprends pour vivre

Lattes, la vie naturellement

RESERVÉ L'ADMINISTRATION

☐ Dérogation ☐ Sans Viande ☐ P.A.I

FICHE INDIVIDUELLE

1 FICHE PAR ENFANT

L'enfant

☐ Fille ☐ Garçon Réside chez : ☐ père ☐ mère Résidence Alternée : ☐ Oui ☐ Non

NOM _____

Prénoms _____

Né(e) le |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| à _____ Département |__|__|

Les Responsables légaux

☐ Ceux sont les personnes vivant au foyer déjà indiquées dans le formulaire foyer > Ne pas remplir le tableau ci-dessous.
☐ Si le père ou la mère ne vit pas dans le même foyer que l'enfant > Remplir le tableau ci-dessous :

PÈRE	MÈRE
NOM _____	NOM _____
	NOM d'usage _____
Prénoms _____	Prénoms _____

Situation matrimoniale actuelle

☐ Célibataire ☐ Pacsés ☐ Mariés ☐ Séparés ☐ Divorcés ☐ Veuf (ve)

Coordonnées	Coordonnées
Adresse	Adresse
N° ____ Voie _____	N° ____ Voie _____
_____	_____
CP 34970 ☐ Lattes Centre ☐ Maurin ☐ Boirargues	CP 34970 ☐ Lattes Centre ☐ Maurin ☐ Boirargues
Ou autre : CP |__|__|__|__|__| Ville : _____	Ou autre : CP |__|__|__|__|__| Ville : _____
Téléphone Domicile |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| ☐ cocher si liste rouge	Téléphone Domicile |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| ☐ cocher si liste rouge
Portable Perso |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| ☐ cocher si liste rouge	Portable Perso |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| ☐ cocher si liste rouge
Mail: _____ @ _____	Mail: _____ @ _____
Profession : _____	Profession : _____
Employeur : _____	Employeur : _____
Téléphone Bureau |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|	Téléphone Bureau |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|
Portable Professionnel |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|	Portable Professionnel |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

Autorisations

Autorité parentale :	☐ Oui	☐ Non
Prévenir en cas d'urgence :	☐ Oui	☐ Non
Création d'un compte citoyen :	☐ Oui	☐ Non
Payeur :	☐ Oui	☐ Non

Informations médicales

Antécédents médicaux et informations diverses

Allergies : ☐ **Médicamenteuse** ☐ **Alimentaire (si oui, établir un PAI)** ☐ **Enfant en situation de handicap**

☐ **Notification d'un AVS-EVS par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)** ☐ **Autre**

Précisez : _____

_____

Difficultés de santé:
L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes : ☐ **Coqueluche** ☐ **Oreillons** ☐ **Rougeole** ☐ **Rubéole** ☐ **Scarlatine** ☐ **Varicelle** ☐ **Angine** ☐ **Asthme** ☐ **Otite** ☐ **Rhumatisme**

Précisez les maladies, accidents, hospitalisations…. avec date et précautions nécessaires :

_____

_____

L'enfant porte-t-il ☐ **Des lunettes** ☐ **Un appareil dentaire** ☐ **Autres, précisez :** _____
Intimité : ☐ **L'enfant mouille son lit** ☐ **Est réglée, s'il s'agit d'une fille**
Repas: ☐ **Standard** ☐ **Sans viande**

Médecin Traitant

☐ **M.** ☐ **Mme** _____
Téléphone |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|
Portable |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

N° ____ **Voie** _____

CP |__|__|__|__|__| **Ville :** _____

Contacts autorisés autres que les parents

URG REC	URG à prévenir en cas d'urgence si absence des parents			REC…pouvant récupérer l'enfant
☐ ☐				
☐ ☐				
☐ ☐				
☐ ☐				
Cocher	NOM	Prénom	Lien parenté avec l'enfant	Téléphone

Autorisations

Oui Non	Les deux dernières autorisations sont consenties à titre gratuit et ne donnent en conséquence lieu à aucune rémunération quelle qu'elle soit. Elles courent chaque année par tacite reconduction, sauf annulation écrite déposée.
☐ ☐	J'autorise le garant à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant tel qu'hospitalisation, traitement médical ou chirurgical.
☐ ☐	J'autorise mon enfant à être transporté par les véhicules utilisés par la Commune de Lattes, sous la surveillance d'un animateur, afin de pratiquer toutes les activités organisées auxquelles il est inscrit.
☐ ☐	J'autorise la Mairie de Lattes à diffuser le prénom et les productions artistiques de mon enfant.

Assurances…

Sécurité Sociale ☐ **CPAM** ☐ **MSA** ☐ **Autre :** ……

Numéro : |__||__|__||__|__||__|__||__|__|__||__|__|__||__|__| Responsable : ☐ mère ☐ père

Assurance couvrant l'enfant pour les activités scolaires et extra scolaires

Nom : _____ **N° de contrat :** _____

« Nous, responsables légaux de l'enfant, soussignons et déclarons l'exactitude de ces informations »

M. _____ Fait à _____

Mme _____ Le |__|__| |__|__||__|__|__|__|

Signature Père **Signature Mère**