



## Fiche de Renseignements année scolaire 2017/2018

### • Responsables légaux :

Père  Mère  Tuteur  Père  Mère  Tuteur

<b>Nom</b>				<b>Nom</b>			
<b>Prénom</b>				<b>Prénom</b>			
<b>Adresse</b>				<b>Adresse</b>			
<b>Code postal</b>		<b>Ville</b>		<b>Code postal</b>		<b>Ville</b>	
<b>Tél. fixe</b>				<b>Tél. fixe</b>			
<b>Tél. port.</b>				<b>Tél. port.</b>			

Nom et prénom du demandeur / payeur : ..... n° allocataire CAF : .....

Adresse e-mail du payeur : ..... . Accord pour facturation par mail :

Situation familiale : marié(e)/pacsé(e) :  célibataire :  concubinage :  divorcé(e)/séparé(e)<sup>1</sup> :  veuf(ve) :

<sup>1</sup> : préciser le mode de garde : exclusive :  alternée :

### • Enfant(s) concerné(s) :

Nom et prénom des enfants	Date de naissance	Classe <sup>2</sup>

<sup>2</sup> : à la rentrée de septembre 2017, utile uniquement pour une inscription aux accueils périscolaires.

### • Personnes autorisées à récupérer l'enfant, hors responsables légaux :

Nom et prénom	Adresse	Lien de parenté	Téléphone

## • Composition actuelle du foyer :

	Nom et prénom	Date de naissance	Situation professionnelle	Lien de parenté
<b>Demandeur</b>				
<b>Conjoint/concubin</b>				
<b>Enfants</b>				
<b>Autres personnes vivant au foyer</b>				

• Employeur du demandeur : ..... tél. : .....

• Employeur du conjoint/concubin : ..... tél. : .....

## • Déclaration de ressources :

Afin de permettre au Centre de calculer votre quotient familial, merci de joindre le dernier avis d'imposition en votre possession. Pour les travailleurs frontaliers, joindre obligatoirement le certificat de rémunération luxembourgeois.

**Si vous ne souhaitez pas fournir ces documents, le tarif le plus élevé sera appliqué.**

## • Autorisation de reproduction et de photographies :

J'autorise le Centre Saint Michel à photographier et/ou filmer mon (mes) enfants(s) pendant les accueils pour la création de souvenirs et d'archives : oui  non

J'autorise le Centre Saint Michel à utiliser ces supports pour sa communication (ex. : presse, journaux locaux, site internet de l'association, tracts) : oui  non

Le Centre Saint Michel s'engage à respecter les dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom.

## • Observations (IMPORTANT : précisez ici si régime alimentaire spécial) :

.....  
.....

Je soussigné(e) ..... déclare sur l'honneur que les renseignements portés ci-dessus sont complets et exacts. Je déclare avoir pris connaissance des règlements de fonctionnement des accueils périscolaires / mercredis récréatifs et centre de loisirs et m'engage à respecter ces derniers.

Fait à ....., le .....

**signature des responsables légaux ou du demandeur :**



## Fiche Sanitaire de Liaison année scolaire 2017/2018

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant les temps d'accueil de l'enfant. Elle évite notamment de vous démunir de son carnet de santé. **Cette dernière est à renouveler chaque année scolaire.**

### • Enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... garçon  fille

### • Vaccinations :

Se référer au carnet de santé. Possibilité de ne pas remplir ce tableau mais de photocopier les pages concernées.

Vaccins obligatoires	Date de début	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Date de début	Date des derniers rappels
Diphtérie					
Tétanos					
Poliomyélite					
ou DT Polio					
ou Tétracoq					

### • Renseignements médicaux :

- renseignez les maladies déjà contractées par l'enfant, et, le cas échéant, les allergies connues :

maladies	oui	non	allergies	oui	non
Rubéole			Asthme		
Varicelle			Alimentaires		
Angine			Médicamenteuses		
Rhumatisme articulaire aigu			Autres, précisez :		
Scarlatine					
Coqueluche					
Otite					
Rougeole					
Oreillons					

- **précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir.** Contacter le Centre Saint Michel en vue de rédiger un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.), si auto-médication merci de le signaler :

.....  
.....

- **indiquez ci-après les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **les précautions à prendre** :

.....  
.....  
.....

• **Recommandations utiles des parents :**

- Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, merci de le préciser :

.....  
.....  
.....

• **Responsable de l'enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

**numéro de téléphone d'urgence (à joindre en priorité) :** ..... ; autre : .....

n° de sécurité sociale : .....

Nom du médecin traitant : ..... tél. : .....

Nom du médecin allergologue : ..... tél. : .....

• **Observations :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Je soussigné(e), ....., responsable légal(e) de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel du site d'accueil de l'enfant à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (intervention médicale, hospitalisation).

Fait à ....., le .....

**signature :**