



**À DÉPOSER dans la boîte aux lettres du service Enfance-
Jeunesse**

VEYRIER-DU-LAC

Accueil de loisirs – Périscolaire –
Pause méridienne

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2025/2026

Valable jusqu'au 31 juillet 2026

ENFANT 1

Nom : Prénom :

Date de naissance : ___/___/___ Age : Niveau scolaire : Sexe : Fille Garçon

ENFANT 2

Nom : Prénom :

Date de naissance : ___/___/___ Age : Niveau scolaire : Sexe : Fille Garçon

ENFANT 3

Nom : Prénom :

Date de naissance : ___/___/___ Age : Niveau scolaire : Sexe : Fille Garçon

ENFANT 4

Nom : Prénom :

Date de naissance : ___/___/___ Age : Niveau scolaire : Sexe : Fille Garçon

RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal 1 :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Email :

Tél. portable : ___/___/___/___/___

Tél. domicile : ___/___/___/___/___

Tél. professionnel : ___/___/___/___/___

Responsable légal 2 :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Email :

Tél. portable : ___/___/___/___/___

Tél. domicile : ___/___/___/___/___

Tél. professionnel : ___/___/___/___/___

Email (qui servira d'identifiant au portail famille) :

N° d'allocataire CAF : **Quotient familial :**

SORTIE DE L'ENFANT

J'autorise mon(mes) enfant(s) (à partir du CP) à rentrer seul de l'accueil de loisirs ou de l'accueil périscolaire :

OUI NON Si OUI, horaire : jours :

PERSONNES AUTORISÉES (AUTRES QUE LES PARENTS) À VENIR CHERCHER L'ENFANT :

NOM/PRÉNOM	LIEN AVEC L'ENFANT (sœur, grand-mère, oncle ...)	

En dehors de ces autorisations permanentes, seule une autorisation écrite de votre part permettra à une autre personne de récupérer l'enfant. Les personnes autorisées devront présenter une carte d'identité.

ASSURANCE SCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE

Nom de l'assurance : N° d'adhérent :

Adresse de l'assurance : CP et Ville :

PHOTOGRAPHIE

J'autorise le personnel de la commune de Veyrier-du-Lac à prendre mon(mes) enfant(s) en photo et autorise la commune à diffuser à titre gracieux cette/ces photos sans que cela ne porte atteinte à la vie privée de mon(mes) enfant(s) : OUI NON

PIÈCES INDISPENSABLES À FOURNIR POUR LA VALIDATION DE L'INSCRIPTION

- Fiche de renseignements et fiche sanitaire complétées en intégralité et signées
- Photocopie du carnet de vaccination
- Copie du PAI pour les enfants concernés
- Attestation CAF de moins de 2 mois indiquant le montant du quotient familial ou dernier avis d'imposition sur les revenus. Si les familles ne souhaitent pas transmettre cette information, le tarif le plus élevé est appliqué.
- Attestation d'assurance responsabilité civile assurant l'activité scolaire et extrascolaire
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Avis de jugement pour les parents séparés

Je soussigné(e) responsable légal de(s) l'enfant(s)

..... :

- ✓ Certifie avoir pris connaissance des règlements intérieurs de l'accueil de loisirs et des temps périscolaires/pause méridienne, je les approuve et je m'engage à les respecter,
- ✓ M'engage à communiquer au service Enfance-Jeunesse tout changement.

Date :

Signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Une fiche sanitaire/enfant

Nom de l'enfant :	Prénom :
Date de naissance : ___/___/___	Age :
Sexe : <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	

VACCINATIONS :

L'enfant est-il à jour du vaccin DTP ? OUI NON

Date du dernier rappel du DTP (diphthérie, tétanique et poliomyélitique) :

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin délivré par le médecin traitant si l'enfant n'est pas vacciné.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Varicelle <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Angine <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Scarlatine <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Coqueluche <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Otite <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rougeole <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Oreillons <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Allergies :

Médicamenteuses OUI NON

Alimentaires OUI NON

Autres (animaux, plantes...) OUI NON

Asthme OUI NON

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....

PAI (projet d'accueil individualisé) en cours OUI NON (joindre une copie du protocole). **Les médicaments correspondants devront être remis dans une trousse marquée au nom/prénom de l'enfant. Les médicaments seront dans leurs boîtes d'origine, avec la notice.**

DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives...)

.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES

Votre enfant porte-t-il des lunettes : OUI NON

Votre enfant porte-t-il des prothèses auditives, dentaires : OUI NON

Votre enfant mange-t-il de la viande de porc : OUI NON

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités et sorties organisées : OUI NON

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : OUI NON

Autorisation de transport en véhicule de service, minibus, car de location et transports en commun : OUI NON

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la directrice de l'accueil de loisirs ou le personnel communal à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte.

Fait le :

Signature :