



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 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

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 :