ESPACE ENFANTS

Restauration, Accueils périscolaires,
Centre de Loisirs

ESPACE ENFANTS

Année Scolaire 2026 - 2027

1 Rue du Bois Rollet 18570 LE SUBDRAY

☎ **06.99.00.11.94**

Renseignements concernant l'enfant

Nom Prénom

Date de Naissance : / / Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐ Classe fréquentée

Monsieur	**Madame**
Nom	Nom
Prénom	Prénom
Adresse	Adresse
Domicile : / / / / /	Domicile : / / / / /
Portable : / / / / /	Portable : / / / / /
Adresse Mail :	Adresse Mail :
N° Professionnel : / / / / /	N° Professionnel : / / / / /
Employeur Poste :	Employeur Poste :

Matricule Caisse d'Allocations Familiales : N°

Autre régime N° (msa, edf/gdf, scnf, …)

En cas de divorce ou séparation, les deux parents ont-ils l'autorité parentale ? oui □ non □

Coordonnées de facturation :

Vaccinations

Photocopie du carnet de santé. Si l'enfant n'a pas les Vaccins Obligatoires, joindre un certificat médical.

Santé

L'enfant suit- il un **traitement médical** ? oui □ non □

Aucun médicament ne pourra être détenu par les enfants ou distribué par les animateurs sauf en cas de ***PAI*** (Projet d'Accueil Individualisé)

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

Rubéole oui □ non □	Varicelle oui □ non □	Angine oui □ non □	Scarlatine oui □ non □	Rhumatisme Articulaire aigu oui □ non □
Coqueluche oui □ non □	Otite oui □ non □	Rougeole oui □ non □	Oreillons oui □ non □	

Allergie(s)

Asthme oui □ non □ - Médicamenteuses oui □ non □ - Alimentaires oui □ non □ - Autres oui □ non □

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

Contre indications :

Autre(s) :

Médecin Traitant : Adresse : / / / / /

Personnes à contacter en cas d'urgence ou d'accident

Mr, Mme
/ / / / / Poste :

Mr, Mme
/ / / / / Poste :

Mr, Mme
/ / / / / Poste :

Mr, Mme
/ / / / / Poste :

Mr, Mme
/ / / / / Poste :

Mr, Mme
/ / / / / Poste :

Prise en charge de l'enfant (autre que le responsable légal)

Le responsable légal **autorise** :

Mr, Mme qualité :

Mr, Mme qualité :

Mr, Mme qualité :

Une pièce d'identité sera systématiquement demandée lors de la prise en charge de l''enfant

Prise en charge de l'enfant par l'Espace Enfants à la sortie des classes / du car

Le responsable légal :

☐ **autorise** l'équipe de l' Espace Enfants à prendre en charge, en cas de retard exceptionnel, mon enfant.

☐ **n'autorise pas** la prise en charge par l'équipe de l' Espace Enfants.

Accompagnement / Prise en charge pour les ateliers (selon listes officielles)

Le responsable légal :

☐ **autorise** un membre de l'atelier désigné nommément à prendre en charge mon enfant pour :

☐ Karaté ☐ Musique ☐ Basket ☐ Broderie ☐ D. Kid ☐ Judo ☐ Autres

Autorisation de laisser partir l'enfant seul de l'Espace Enfants

Le responsable légal :

☐ **autorise** mon enfant à partir seul de l'Espace Enfants à : heure minutes

☐ **n'autorise pas** mon enfant à partir seul de l'Espace Enfants

Autorisation de prise de photographie

Le responsable légal :

☐ **autorise** son enfant a être photographié (en groupe ou individuellement) au cours des animations et en autorise la diffusion (presse, bulletin municipal, site internet, …..)

☐ **n'autorise pas** son enfant a être photographié

En cas d'accident

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, autorise le personnel de l'Espace Enfants et / ou les secours à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et s'engage à communiquer tous changements survenant en cours d'année.

Date : Signature :