



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS



## CENTRE D'ACCUEIL DES MINEURS

à remplir par le(s) parent(s) ou le représentant légal de l'enfant

### Enfant :

Nom & Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Classe : .....

Age : .....

Photo d'identité  
récente de  
l'enfant  
**obligatoire**

### Parent(s) ou représentant(s) légal de l'enfant :

Noms / Prénoms : .....

Adresse : .....

.....

☎ : Domicile : .....

Portable : ..... / .....

Téléphone professionnel : ..... / .....

Adresse mail : .....

Profession du père ..... de la mère .....

**N° CAF :** .....

**Quotient familial (important) :** .....

(Tarification la plus élevée si le QF est non renseigné)

**Régime Assurance Maladie :**  Régime général (CPAM)

Régime agricole (MSA)

Autre régime : nom .....

Adresse de la caisse : .....

**Autres personnes autorisées à prendre l'enfant (une pièce d'identité sera demandée) :**

Nom/Prénom : ..... Qualité(\*) : .....

☎ : .....

Nom/Prénom : ..... Qualité(\*) : .....

☎ : .....

Nom/Prénom : ..... Qualité(\*) : .....

☎ : .....

Nom/Prénom : ..... Qualité(\*) : .....

☎ : .....

Nom/Prénom : ..... Qualité(\*) : .....

☎ : .....

(\*) : Grands-parents, oncle, tante, assistante maternelle, frère, sœur...

---

**Autorisation de Transport**

Je soussigné(e), Mme, M. ....

autorise(nt)

n'autorise(nt) pas

l'équipe d'animation à transporter mon ou mes enfant(s) dans leur véhicule personnel lors d'une sortie à l'extérieur.

---

**Autorisation droit à l'image**

J'autorise mon enfant à être pris en photo dans le cadre des activités du centre

J'accepte que ces photos soient publiées dans le bulletin municipal, dans le journal régional

J'accepte que ces photos soient publiées dans le blog privé du Centre d'Accueil

Je refuse toute parution d'une photo de mon enfant

---

☞ **En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné d'un membre de sa famille.**

☞ **Photocopie du carnet de santé à fournir ou date de vaccination contre la rougeole .....**

**Date du dernier rappel de vaccin antitétanique**

.....  
(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

☞ **Observations particulières** que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de la mairie : **allergies, régime alimentaire, asthme, traitement en cours, phobies, précautions particulières à prendre en cas de crise :**

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

☞ **Si l'enfant a un protocole alimentaire joindre les documents en votre possession**

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

.....  
.....

A .....

Le .....

Signature du (des) parent(s), représentant légal