



Cadre réservé à l'administration (ne pas compléter)				
P.A.I	R.S	Q.F	PHOTOS	SORTIES

**FICHE RENSEIGNEMENTS  
ANNEE 2025-2026**

**Accueil, Cantine, Etude,  
Centre de Loisirs 3-17 ans**

**A déposer à l'accueil ou dans la boîte aux lettres de la Mairie  
AVANT LE 18 AVRIL 2025**

Ce document est obligatoire pour tout enfant inscrit aux services périscolaires et extrascolaires de la commune de Clarensac

Sans le retour de ce dossier complet, la mairie ne peut garantir la prise en charge de votre enfant.



Nom de l'enfant.....

Prénom..... Fille                  Garçon

Date de naissance.....

**Classe à la rentrée 2025/2026.....**

<u>Parents ou Responsables légal</u>	
Nom Père .....	Nom (jeune fille) Mère .....
Prénom .....	Prénom .....
Adresse..... .....	Adresse..... .....
Profession:.....	Profession:.....
Tél. Domicile.....	Tél. Domicile.....
Tél. Travail.....	Tél. Travail.....
Tél. Mobile.....	Tél. Mobile.....
@mail.....	@mail.....
<b>Situation familiale</b>	

<input type="checkbox"/> Mariés	<input type="checkbox"/> Célibataires	<input type="checkbox"/> Veufs
<input type="checkbox"/> Pacsés	<input type="checkbox"/> Union libre	<input type="checkbox"/> Divorcés ou Séparés

N°CAF /MSA : .....

N° Sécurité Sociale de l'assuré : .....

**Remise du Règlement Intérieur des accueils périscolaires**

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils périscolaires ci-joint

Fait à Clarensac, le ...../...../.....

Signature des parents ou du représentant légal de l'enfant :

**Remise du Règlement Intérieur du centre de loisirs**

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur du centre de loisirs ci-joint

Fait à Clarensac, le ...../...../.....

Signature des parents ou du représentant légal de l'enfant :

## Renseignements médicaux

### MEDECIN TRAITANT :

Nom : ..... Prénom:.....  
Adresse :.....  
Code Postal ..... Commune :.....  
Téléphone :.....

S'il existe une contre-indication relative à un sport particulier, veuillez le préciser:

.....

L'enfant suit-il un traitement médical régulier : oui non

Quelle(s) pathologie(s) ?

.....

Quel(s)traitement (s)?

.....

### ALLERGIES :

Asthme : oui non Médicamenteuse: oui non  
Alimentaire : oui non Autres (maquillages,...) :.....

Quel(s) traitement(s).....

En cas d'allergie(s) alimentaire(s), de maladie(s) chronique(s), la mairie demandera la mise en place obligatoire d'un **Plan d'Aide Individuel (P.A.I)**.

Joindre un certificat médical, une ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant).

**En cas de tout autre traitement ponctuel et, aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

### SUIVI PARAMEDICAL ET MEDICAL

Tout suivi paramédical (orthophoniste, orthoptiste, psychologue, ...) devra être signalé aux responsables des accueils périscolaires que l'enfant fréquente au moment du rendez-vous médical. Il devra être justifié par un document médical indiquant la nature du suivi ainsi que les horaires de départ et de retour de l'enfant dans l'établissement périscolaire (si besoin). Une liste des personnes autorisées à accompagner l'enfant sera aussi demandée.

Les enfants ne peuvent être accueillis au sein d'un des accueils en cas de fièvre ou de maladies contagieuses. Aucun médicament ne sera administré.

## Renseignements médicaux (suite)

### VACCINATION :

Les vaccinations doivent être à jour (copie à joindre au dossier).

### PORT DE LUNETTES, PROTHESES DIVERSES :

L'enfant porte-t-il des lunettes :

Oui

Non

Si oui, précisez les conditions : .....

L'enfant porte-t-il des prothèses auditives :

Oui

Non

Si oui, précisez les conditions : .....

L'enfant a-t-il des habitudes alimentaires particulières ?

Si oui, lesquelles : .....

Autre(s) cas : .....

Clarensac, le ...../...../.....

Signature des parents ou du représentant légal de l'enfant :

## Informations Périscolaires

Garderie Matin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Garderie Soir	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Etude Surveillée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Restaurant Scolaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Assurances**

Responsabilité civile :

- Oui  
 Non

Individuelle Accident :

- Oui  
 Non

Compagnie d'Assurance : .....

N° de Police d'Assurance : .....



## Personnes à prévenir ou autorisées à prendre vos enfants

(En cas d'absence des parents ou du représentant légal)

Le responsable de la structure d'accueil pourra demander une pièce d'identité.

PERSONNES A PREVENIR ET/OU AUTORISEES						
Nom	Prénom	N° Tél. Fixe	N° Portable	Lien de Parenté	Prévenir	Autorisé

### Personnes **non autorisées** à venir chercher l'enfant (avec pièces justificatives ex : jugement...)

Nom	Prénom	Lien de Parenté

### **Documents obligatoires à joindre à la fiche de renseignement :**

- Photocopie du certificat de vaccination à jour (carnet de santé)
- Une photo d'identité (écrire le nom de l'enfant au dos de la photo)
- Une attestation d'assurance responsabilité civile et d'assurance individuelle et extrascolaire
- Une photocopie de l'attestation de paiement récente de la CAF ou MSA
- Une photocopie de l'attestation de quotient familial CAF pour pouvoir prétendre à l'étude de tarifs dégressifs.
- Justificatif de domicile de - 3mois (électricité, eau, gaz, téléphone, avis d'imposition)
- Photocopie de la carte d'identité du ou des parents
- La présente fiche de renseignements
- La Charte de bonne conduite de l'enfant.
- Livret de famille

### **Pour les parents séparés ou divorcés :**

- La copie du jugement du tribunal concernant la garde et l'autorité parentale