

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2023 – 2024**  
**Valable du 4 septembre 2023 au 31 août 2024**

**ENFANCE - JEUNESSE des territoires de**  
**HAUTE COMBE DE SAVOIE (HCS) et BASSE TARENTEISE (BT)**

**L'ENFANT**

Nom : ..... Prénom : .....  
Sexe :  M  F Date de naissance : ..... / ..... / .....  
Etablissement scolaire fréquenté : .....  
Classe : ..... Téléphone portable (pour les ados) : .....

**RESPONSABLES LEGAUX**

**Quotient familial** : ..... N° allocataire CAF : .....  
**Percevez vous l'AEEH pour votre enfant ?**  Oui  Non

**Responsable 1** : Père  Mère  Tuteur

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Autorité parentale :  Oui  Non

**Adresse mail** (obligatoire pour toute correspondance) : .....

Téléphone portable : ..... Téléphone du domicile : .....  
Profession : ..... Employeur : .....

**Responsable 2** : Père  Mère  Tuteur

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Autorité parentale :  Oui  Non

**Adresse mail** (obligatoire pour toute correspondance) : .....

Téléphone portable : ..... Téléphone du domicile : .....  
Profession : ..... Employeur : .....

**Adresse de facturation** : Responsable 1  Responsable 2

**Facturation - tiers solidaire** : Responsable 1  Responsable 2

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

*La loi du 25/01/20218, relatif à la vaccination obligatoire, prévoit un principe général d'admission en collectivité subordonnée par le respect de l'obligation vaccinale dans les écoles et les établissements d'enseignement scolaire et les accueils périscolaires et de loisirs*

De ce fait, j'atteste que les vaccins DTPolio de mon enfant sont à jour  Oui  Non  
Date du dernier rappel : ..... / ..... / ..... (à 6 ans et entre 11 et 13 ans)

Allergies, problèmes médicaux et autres informations : .....  
.....  
.....  
.....

Si un Protocole d'Assistance Individualisé a été mis en place pour votre enfant, merci de le joindre au dossier.

## SORTIES

Personnes autorisées à prendre l'enfant à la sortie autre que les responsables :

- Nom : ..... Prénom : .....  
Téléphone : .....
- Nom : ..... Prénom : .....  
Téléphone : .....
- Nom : ..... Prénom : .....  
Téléphone : .....

Compagnie d'assurance : ..... N° de police : .....

## AUTORISATIONS ET ATTESTATIONS DES RESPONSABLES LEGAUX

**J'autorise** le fait que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités périscolaires et extrascolaires :  Oui  Non

**J'autorise** mon enfant (seulement pour les + de 6 ans) à quitter seul(e) :

les locaux de l'accueil périscolaire (pour Haute Combe) :  OUI  NON **Si oui précisez l'heure :** .....

les locaux des accueils de loisirs :  OUI  NON **Si oui précisez l'heure :** .....

**J'autorise**, en cas d'urgence, le responsable à prendre les mesures nécessaires (transport, hospitalisation, intervention d'un médecin) et d'en aviser la famille

**J'autorise** mon enfant à emprunter le transport en commun (transport en minibus ou transport collectif) dans le cadre des activités proposées par le CIAS ARLYSERE, en temps périscolaire et extrascolaire (mercredis et vacances)

**J'atteste** l'exactitude des renseignements et informations transmis ci-dessus

**J'atteste** avoir pris connaissance du règlement intérieur du service Enfance [accueil périscolaire (seulement pour Haute Combe) et des centres de loisirs] et m'engage à le respecter.

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

Signatures précédées du nom-prénom des signataires :

Responsable 1

Responsable 2

**TOUT DOSSIER INCOMPLET ou MAL REMPLI NE SERA PAS TRAITÉ et DETRUIT**

## RAPPEL DES PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

- Attestation CAF du quotient familial (1 par famille)
- Attestation d'assurance de responsabilité civile au nom de l'enfant
- Autorisation de prélèvement + RIB (1 par famille)
- Copie des vaccinations DTPolio