

FICHE INDIVIDUELLE ENFANT	
<input type="checkbox"/> Dérogation <input type="checkbox"/> SS Viande <input type="checkbox"/> PAI	
Transfert de Via.....	
RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION	

L'enfant	
<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	Réside chez : <input type="checkbox"/> Représentant 1 <input type="checkbox"/> Représentant 2 Résidence Alternée : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
NOM :	
PRÉNOM :	
Né(e) le _ _ / _ _ / _ _ _ _ à Département _ _	

Les Responsables légaux	
Si le représentant 1 ou le représentant 2 ne vit pas dans le même foyer que l'enfant, remplir le tableau ci-dessous :	
REPRÉSENTANT 1	REPRÉSENTANT 2
NOM.....	NOM.....
PRÉNOM.....	NOM d'usage
	PRÉNOM.....
Situation matrimoniale actuelle	
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Séparés <input type="checkbox"/> Divorcés <input type="checkbox"/> Veuf (ve)	
Coordonnées	Coordonnées
Adresse	Adresse
N°Voie.....	N°Voie.....
CP 34970 <input type="checkbox"/> Lattes Centre <input type="checkbox"/> Maurin <input type="checkbox"/> Boirargues	CP 34970 <input type="checkbox"/> Lattes Centre <input type="checkbox"/> Maurin <input type="checkbox"/> Boirargues
Ou autre : CP _ _ _ _ _ Ville :	Ou autre : CP _ _ _ _ _ Ville:.....
Téléphone Domicile: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Téléphone Domicile: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Portable: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Portable: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Mail:@.....	Mail:@.....
Profession :	Profession:.....
Employeur :	Employeur:.....
Téléphone Bureau _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Téléphone Bureau _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Portable Professionnel _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Portable Professionnel _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Création d'un compte citoyen oui non Payeur oui non

Assurances...	
Sécurité Sociale	<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre :
Numéro : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Responsable :
Assurance couvrant l'enfant pour les activités scolaires et extra scolaires	
Nom :	N° de contrat :

Informations médicales

Antécédents médicaux et informations diverses

Allergies : Médicamenteuse Alimentaire, si oui, établir un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)
 Enfant en situation d'handicap Notification d'un AVS-EVS par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)
 Autre

Précisez :

Difficultés de santé, maladies, accidents, hospitalisations précisez si nécessaires :

Repas: Standard Sans viande

Médecin Traitant

M. Mme
 N° Voie.....
 Téléphone: |_|_| | |_|_| | |_|_| | |_|_| | |_|_|
 Portable: |_|_| | |_|_| | |_|_| | |_|_| | |_|_|
 CP | |_|_|_|_| | Ville :

Contactés autorisés autres que les parents

URG	REC	URG : à prévenir en cas d'urgence si absence des parents		REC : pouvant récupérer l'enfant
Cocher	NOM	PRÉNOM	Lien parenté avec l'enfant	Téléphone
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			_ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			_ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			_ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			_ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			_ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Autorisations

Oui	Non	Les 4 dernières autorisations sont consenties à titre gratuit et ne donnent en conséquence lieu à aucune rémunération quelle qu'elle soit. Elles courent chaque année par tacite reconduction. Mise à jour en ligne via votre espace citoyen avant la rentrée. Annulation possible en cours d'année par écrit au Guichet Familles.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J'autorise le garant à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant tel qu'hospitalisation, traitement médical ou chirurgical.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J'autorise mon enfant à être transporté par les véhicules utilisés par la Commune de Lattes, sous la surveillance d'un animateur, afin de pratiquer toutes les activités organisées auxquelles il est inscrit.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J'autorise la captation de l'image de l'enfant pour un usage collectif et pédagogique dans les activités périscolaires, extrascolaires, service des sports
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J'autorise la captation de l'image de mon enfant pour un usage de communication inter-structures d'accueil (support de diffusion : halls et couloirs des structures...)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J'autorise la captation de l'image de mon enfant pour un usage de communication externe à la commune (journal municipal, site internet de la commune, Facebook, CD, DVD, presse locale)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J'autorise la Mairie de Lattes à diffuser le prénom et les productions artistiques de mon enfant.

« Nous, responsables légaux de l'enfant, soussignons et déclarons l'exactitude de ces informations »

Nom représentant 1:..... Signature :

Nom représentant 2:..... Signature :

Fait à..... Le |_|_| | |_|_| | |_|_| | |_|_|

