



MAIRIE D'ARCHAMPS
HAUTE-SAVOIE

FICHE ENFANT

Merci de remplir une fiche par enfant

NOM : Prénom : Date de Naissance : / / 20.....

Fille

Garçon

Nationalité :

Âge : ans

Adresse :

Régime alimentaire : Sans régime Sans porc PAI (Projet d'Accueil Individualisé) autre

AUTORISATIONS

J'autorise la commune d'ARCHAMPS à **photographier ou filmer** mon enfant et à utiliser son image dans le cadre exclusif de la promotion des actions de la collectivité OUI NON

J'autorise mon enfant à **rentrer seul** à la fin des activités OUI NON

L'inscription à un accueil collectif implique de fait la participation de votre enfant à toutes activités, sorties, animations intérieures et extérieures proposées. Il pourra être amené à se déplacer sur les lieux d'activités.

PERSONNES AUTORISEES OU NON A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Non autorisée	NOM - Prénom	Téléphones	Lien de parenté
<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"/>			

Conformément au Règlement européen de protection des données, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition concernant les données recueillies par le présent formulaire. Pour plus d'informations, vous pouvez contacter la mairie d'Archamps.

INFORMATION MEDICALE

PARENT 1

NOM : Prénom :

Tél. urgence :

PARENT 2

NOM : Prénom :

Tél. urgence :

ALLERGIES

Alimentaires Asthme Médicamenteuses

.....

.....

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI)
Coordonnées du médecin traitant (obligatoire)

NOM :

Téléphone :

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : OUI NON

Responsabilité accident : OUI NON

Compagnie d'assurance :

Numéro de police d'assurance :

VACCINATION

	Vaccin	Fait le	Prochain rappel	Commentaires
<input type="checkbox"/>	DT Polio			Obligatoire
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

Je soussigné (e),..... déclare avoir pris connaissance du règlement des accueils éducatifs de la commune d'ARCHAMPS et m'engage à le respecter en tout point.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à informer le service périscolaire de tous changements et informations nouvelles concernant mon enfant.

J'autorise les responsables des accueils à prendre le cas échéant, toutes les mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à : Le :/...../20..... Signature(s) :