

Année scolaire 2024 / 2025 École, Classe, Enseignant :
Année scolaire 2025 / 2026 École, Classe, Enseignant :

1. ENFANT

Nom : Prénom : Sexe : F M
Date de naissance : / / Lieu de naissance :
Régime alimentaire : Classique Sans porc Sans viande PAI (à nous fournir)
L'enfant vit : Chez ses 2 parents En garde alternée : semaine paire : Chez la mère Chez le père
 Chez un seul parent : (fournir le jugement) semaine impaire : Chez la mère Chez le père

2. RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

<i>Parent 1</i> : Autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom : Prénom : Adresse : Code Postal / Ville : Tél : E-mail : Profession : Employeur :	<i>Parent 2</i> : Autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom : Prénom : Adresse : Code Postal / Ville : Tél : E-mail : Profession : Employeur :
---	---

Prestations familiales : CAF – N° allocataire Autres (préciser)
Autorise le relevé de notre quotient familial sur le site Internet de la CAF pour le calcul de notre participation financière.
 Oui Non (nous nous engageons à fournir un justificatif)

ASSURANCE : Pour toute participation aux activités municipales proposées par les services organisateurs rattachés à ce dossier, l'enfant doit être couvert par une assurance extra-scolaire ou responsabilité civile du foyer en cours de validité. **Vous vous engagez à ce que votre enfant soit couvert jusqu'à la fin de validité du dossier : 31 / 08 / 2026.**
Compagnie : Date de validité :

3. AUTORISATIONS PARENTALES

Nous soussignés, M, Mme

AUTORISONS	OUI	NON
Le personnel encadrant à prendre toutes les mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de santé de notre enfant (consultation médicale, soins, hospitalisation ou intervention chirurgicale...) et nous engageons à mettre à jour les informations concernant son état de santé, le cas échéant.		
Notre enfant à quitter seul la structure.		
Les services municipaux de Tarare à photographier notre enfant au cours des activités auxquelles il participe.		

La diffusion de ces photographies sera soumise à notre consentement préalable, le cas échéant.

Autorisons notre enfant à quitter la structure fréquentée avec (2 personnes majeures max) :

Nom / Prénom	Adresse	Téléphone	Lien avec l'enfant

Réservé au service administratif : BE CN D RC LF JD ATP ATM V QF :au/...../.....
N° CN famille :
Dossier déposé le :

4. FICHE SANITAIRE DE LIAISON - VACCINATIONS / ÉTAT DE SANTÉ

Nom / prénom de l'enfant : Né(e) le : / /

VACCINATIONS (à remplir avec le carnet de santé)	
Nom des vaccins	Dates dernières vaccinations (JJ/MM/AAAA)
B.C.G.	
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche	
Hépatite B	
Rougeole, Oreillons et Rubéole	
Tétracoq – Pentacoq	
Neisvac	

Téléphone :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?
(Cochez la / les case(s) correspondante(s) :

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RUBEOLE | <input type="checkbox"/> VARICELLE |
| <input type="checkbox"/> ANGINES | <input type="checkbox"/> RHUMATISMES |
| <input type="checkbox"/> SCARLATINE | <input type="checkbox"/> COQUELUCHE |
| <input type="checkbox"/> OTITES | <input type="checkbox"/> ASTHME |
| <input type="checkbox"/> ROUGEOLE | <input type="checkbox"/> OREILLONS |

Renseignements particuliers :

Indiquez ici les autres difficultés de santé, les allergies, les P.A.I de l'enfant en précisant les dates : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations, ...) ou donnez une copie du carnet de santé

Si l'enfant bénéficie d'un P.A.I joindre une copie (aucun enfant ne sera accepté sur les temps périscolaires et extrascolaire sans P.A.I à jour)

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? Non Oui, lequel :

Si l'enfant doit suivre un traitement, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance récente et les médicaments correspondants qui doivent être dans leur emballage d'origine et comprendre la notice d'utilisation d'origine.

Nous soussignés, M, Mme, représentants légaux de l'enfant, déclarons exacts les renseignements portés sur la fiche sanitaire de liaison.
Fait à, le Signatures :

Nous **CERTIFIONS** avoir pris connaissance du règlement intérieur de chaque accueil fréquenté (disponible sur le portail famille).

Fait à, le

Signatures des représentants légaux de l'enfant :

MENTIONS LÉGALES

La Ville de Tarare protège la confidentialité des données personnelles que vous lui confiez. Les données qui vous sont demandées sont strictement nécessaires pour vous rendre le meilleur service public. Qu'elles soient sous forme de papier, numérisées ou enregistrées dans un fichier informatisé, les informations qu'elles contiennent sont protégées, non transmises à des tiers, et seront conservées pendant la durée légale et celle de leur utilité.

Conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD) et à la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez exercer les droits relatifs à vos données personnelles auprès de la référente RGPD par courriel rgpd@ville-tarare.fr, ou par courrier à Mairie de Tarare, RGPD, 2 place de l'hôtel de ville, 69170 Tarare.