

Fiche de renseignements enfant

Année scolaire 2026-2027

Nom de l'enfant* :	
Prénom de l'enfant* :	
Date de naissance* :	
Lieu de naissance* :	Département de naissance* :
Sexe* :	☐ féminin* ☐ masculin*
L'enfant est-il inscrit dans le cadre du dispositif ULIS ? : ☐ oui ☐ non Si oui, merci de nous transmettre la notification MDPH	
Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH ? : ☐ oui ☐ non Si oui, merci de nous transmettre le justificatif (notification MDPH ou CAF)	
Ecole fréquentée année 2025-2026* :	Classe* :
Régime alimentaire* :	☐ VEGETARIEN * ☐ CLASSIQUE*
L'enfant a-t-il des frères et/ou sœurs scolarisé(e)s en maternelle ou élémentaire (2026-2027) ? ☐ oui ☐ non Si oui, nom de l'école : Classe :	

Si vous avez plusieurs enfants, nés d'une même union, compléter une seule fois la partie « responsables légaux »

Responsables légaux :

☐ Père*
 ☐ Mère*
 ☐ Tuteur*
 Nom* : Prénom* : Téléphone* :

☐ Père*
 ☐ Mère*
 ☐ Tuteur*
 Nom* : Prénom* : Téléphone* :

Contacts : personnes habilitées à prendre en charge l'enfant ou à contacter en cas d'urgence (hormis les représentants légaux)

Civilité	Nom Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone obligatoire
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

Renseignements Santé

Votre enfant est-il sujet à un traitement médical, à un régime particulier et/ou à une allergie (alimentaire, médicamenteuse, autre) ? : ☐ oui ☐ non

Si oui, préciser lequel :

Votre enfant a-t-il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : ☐ oui* ☐ non*

Si oui, vous devez prendre contact auprès de la direction de l'école afin de rédiger un Protocole d'Accueil Individualisé. Dans le cadre d'une allergie alimentaire, un PAI devra être obligatoirement transmis pour la prise en charge de votre enfant à la restauration scolaire.

Le PAI et l'ordonnance doivent être remis avant le 30 septembre 2026. Le traitement devra être apporté, dès le premier jour de fréquentation aux accueils périscolaires, à l'animatrice référente (contact : voir R.I.).

Vaccination obligatoire :

DT Polio ☐ oui ☐ non

Date du dernier rappel :

Merci de préciser toutes autres difficultés de santé ou recommandations utiles :

Assurance scolaire et extrascolaire :

Nom de l'assurance : N° du contrat :

Date d'échéance :

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier. J'autorise le personnel municipal à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signatures des représentants légaux :

