

**ENFANT**

Nom : ..... Prénom : ..... Date naissance : .....  F  M

Ecole fréquentée : .....

Adresse : .....

N° postal : ..... Localité : .....

**REPRÉSENTANTS LEGAUX**

Nom et prénom du **représentant légal 1** .....

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : .....

Email : ..... Numéro de téléphone : .....

Nom et prénom du **représentant légal 2** .....

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : .....

Email : ..... Numéro de téléphone : .....

Nom de l'assurance maladie de l'enfant : .....

Nom de l'assurance RC de l'enfant : .....

**URGENCES ET SOINS**

**Personne à appeler en cas d'urgence (si autre que ci-dessus) :**

Nom et Prénom ..... téléphone ..... Lien avec l'enfant : .....

Nom et Prénom ..... téléphone ..... Lien avec l'enfant : .....

Votre enfant souffre-t-il **d'une maladie, d'une allergie ou d'un besoin spécifique ?**  oui /  non

Mon enfant bénéficie d'un accompagnement spécifique en classe ?  oui /  non

Allergie et situation médicale particulière	Symptôme	Mesure particulière à prendre durant l'accueil	Traitements médicaux

Mesure de protection juridique (doit obligatoirement être accompagné du document officiel attestant de la mesure) :

--

J'autorise la maison de quartier de l'Étang **à photographier, filmer mon enfant dans le cadre d'animations**. Elles pourront être exposées ou visionnées dans le cadre des animations de la maison de quartier. Elles ne pourront pas faire l'objet de publication (presse, livre, dépliant, internet, etc.)

oui /  non

**Pour les enfants dès la 5P** : j'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil et j'atteste qu'il sait effectuer seul le trajet entre la maison de quartier et son domicile.

oui /  non

**Par ma signature, j'atteste que les données fournies sont complètes et exactes.**

**Par ma signature, j'atteste avoir pris connaissance et approuvé le document « Charte de consentement mutuel de la Maison de Quartier de l'Étang ».**

Date : .....

Signature du représentant légal : .....

**⚠ Cette fiche d'information est nécessaire en cas d'urgence. Si vos données personnelles devaient changer, veuillez-nous en informer. En cas d'urgence médical nous appellerons le 144 et toute intervention se fera à vos frais.**