

**ACM de :**

NOM (enfant) : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F   
Né(e) le : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance (commune et département) : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Classe : \_\_\_\_\_

**RESPONSABLES LÉGAUX : à appeler en cas d'urgence**

**RESPONSABLE LÉGAL 1**

Autorité parentale : Oui  Non

Nom \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  
Adresse (si différente de celle de l'élève) \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_  
Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Nom Employeur : \_\_\_\_\_  
Adresse mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
Numéro allocataire CAF : \_\_\_\_\_

**RESPONSABLE LÉGAL 2**

Autorité parentale : Oui  Non

Nom \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  
Adresse (si différente de celle de l'élève) \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_  
Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Nom Employeur : \_\_\_\_\_  
Adresse mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**AUTRE RESPONSABLE LÉGAL** (personne physique et morale qui a la charge effective de l'enfant) Autorité parentale : Oui  Non

Organisme : \_\_\_\_\_ Personne référente : \_\_\_\_\_  
Fonction : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_  
Adresse mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**DOCUMENTS OBLIGATOIRES À FOURNIR**

- Photocopie du livret de famille (feuilles parents et enfants concernés)
- Copie des vaccinations
- En cas de séparation des parents, garde alternée, garde exclusive toute pièce justificative

- Attestation d'assurance responsabilité civile
- Attestation CAF d'octobre N-1 (obligatoire, à défaut le quotient le plus haut sera appliqué)

## PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  À appeler en cas d'urgence  
Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  Autorisé à prendre l'enfant  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ téléphone portable : \_\_\_\_\_  
Téléphone travail : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  À appeler en cas d'urgence  
Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  Autorisé à prendre l'enfant  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ téléphone portable : \_\_\_\_\_  
Téléphone travail : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  À appeler en cas d'urgence  
Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  Autorisé à prendre l'enfant  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ téléphone portable : \_\_\_\_\_  
Téléphone travail : \_\_\_\_\_

**DATE :**

**SIGNATURE DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX :**

**PAR DÉLÉGATION ET POUR LE PRÉSIDENT  
LE VICE-PRÉSIDENT JANNICK LEFEUVRE**

Les données renseignées sur cette fiche seront prises en compte par le directeur d'école dans le logiciel de L'Éducation Nationale, « Base Élèves 1er degré ». Le Président de la Communauté de communes Somme Sud Ouest est également destinataire de ces données, dans le cadre de ses compétences légales en matière d'inscription scolaire et de contrôle de l'obligation scolaire.

Le droit d'accès et de rectification des personnes aux données les concernant s'exerce auprès du directeur, de l'IEN de circonscription ou du directeur académique des services de l'éducation des services de l'éducation nationale dans les conditions définies par les articles 39 et 40 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiées par la loi n°2004-801 du 6 août 2004.

# AUTORISATIONS

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, agissant en tant que responsable  
légal de l'enfant : \_\_\_\_\_, déclare avoir pris connaissance du  
règlement de fonctionnement et m'engage à en respecter les termes.

## LES AUTORISATIONS :

### L'enfant :

est autorisé à  quitter les activités seul (les enfants de moins de 7 ans ne sont pas autorisés à repartir seuls )  
n'est pas autorisé à

est autorisé à  participer aux sorties organisées par le personnel en dehors de l'établissement  
n'est pas autorisé à

est autorisé à  être photographié ou filmés pour un usage interne de l'établissement ou externe (journal de  
la Communauté de Communes, émissions télévisuelles, quotidien locaux, réseaux sociaux)  
n'est pas autorisé à

est autorisé à  être transporté dans un véhicule par l'équipe d'animation, de direction, ou par un prestataire  
dans le cadre de sorties en groupe  
n'est pas autorisé à

est autorisé à  pratiquer les activités physiques et sportives  
n'est pas autorisé à

est autorisé à  participer aux baignades surveillées  
n'est pas autorisé à

### L'équipe de direction de la structure :

est autorisée à  consulter notre dossier CAFPRO afin d'accéder directement aux ressources (Quotient, Nombre  
d'enfants à charge) à prendre en compte pour le calcul des tarifs. (Le service CAFPRO.fr respecte  
les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL. La CAF attribue un  
n'est pas autorisée à  identifiant et un mot de passe qui est strictement confidentiel à l'équipe de direction)

DATE :

SIGNATURE DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX :

# RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

## 1 - VACCINATIONS\*

\* JOINDRE IMPÉRATIVEMENT UNE COPIE DU CARNET DE SANTÉ

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

À titre indicatif, L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES

<b>RUBÉOLE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES\*:** ASTHME Oui  Non  MÉDICAMENTEUSES Oui  Non

ALIMENTAIRES\* Oui  Non  AUTRES :

\* Si allergie alimentaire, un P.A.I. est obligatoire (voir le règlement intérieur)

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR :**

P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) en cours : Oui  Non

(joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

## 3 - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL :

DES LENTILLES : Oui  Non

DES LUNETTES\* : Oui  Non

AUTRES :

\*au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES\* : Oui  Non

DES PROTHÈSES OU APPAREIL DENTAIRE\* : Oui  Non

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant :  
\_\_\_\_\_, déclare exact les renseignements portés sur cette  
fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention  
chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence  
seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Nom, prénom et téléphone du médecin traitant :

**SIGNATURE DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX :**

# INFORMATIONS D'INSCRIPTIONS

## ACCUEILS PÉRISCOLAIRES / MATIN & SOIR :

Accueil le matin avant l'école : Oui  Non  (Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi  Sur planning   
Accueil le soir après l'école : Oui  Non  (Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi  Sur planning

**MERCREDI :** Oui  Non  À la journée  À la demi-journée  Sur planning

Site : Airaines   
Conty   
Liomer   
Molliens-Dreuil   
Oisemont   
Poix-de-Picardie   
Quevauvillers

## LA RESTAURATION SCOLAIRE :

Tous les jours  Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi  Sur planning

**DATE :**

**SIGNATURE DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX :**