

Mairie de Saint-Pabu  
49 rue du Bourg  
29830 SAINT-PABU  
☎ 02.98.89.82.76  
02.98.89.89.26

# Fiche de renseignements 2018/2019

**NOM de l'enfant :** .....  
**Prénom :** ..... **Fille**  **Garçon**   
**Date et lieu de naissance :** / / à .....  
**Etablissement scolaire :** ..... **Classe :** .....

## 1- RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX) DE L'ENFANT

**a) Si vous êtes :**  marié(e)  pacsé(e)  vivant maritalement

Vous : NOM : Prénom :  
Votre conjoint : NOM : Prénom :

**b) Si vous êtes :**  divorcé(e) ou séparé(e)  célibataire  autre

**Vous avez :**  l'autorité parentale unique (compléter ligne 1)  
 l'autorité parentale conjointe (compléter lignes 1, 2 et 3)

### Autorité parentale

1- Vous : NOM, Prénom: Père / Mère / Autre (\*)  
2- Autre personne : NOM, Prénom : Père / Mère / Autre (\*)

3- Merci d'indiquer le mode de garde de l'enfant : .....  
Situation particulière à nous signaler : .....

## 2- VOTRE ADRESSE (Indiquer l'adresse de l'enfant)

(tout changement d'adresse en cours d'année devra être signalé en mairie, dès le déménagement)

Rue, bâtiment.....  
Code postal ..... Ville..... ☎ Domicile.....

☎ Portable Père / Mère / Autre (\*) : ☎ Portable Père / Mère / Autre (\*) :  
**courriel :** **courriel :**

(FORTEMENT CONSEILLÉ)

Personne à prévenir en cas d'accident : .....

(\*) Entourer le terme exact

## 3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement ?  Oui  Non

Si oui, merci de joindre un certificat médical

**Coordonnées du médecin de famille (à renseigner obligatoirement) :**

Nom : .....

Adresse : ..... Tél : .....

En cas d'urgence, j'autorise le médecin de famille et/ou les services d'urgence à pratiquer toute intervention nécessaire à la santé de l'enfant. Si besoin mon enfant sera dirigé vers l'hôpital ou la clinique : .....

## 4 REGIMES

CAF  MSA  Autres : .....



**5 PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT**  
en dehors du (des) responsable(s) légal(aux)

1- Mme, Mlle, M. _____	
2- Mme, Mlle, M. _____	
3- Mme, Mlle, M. _____	
_____	
_____	
_____	

(ne pas oublier de munir ces personnes d'une autorisation écrite, une pièce d'identité leur sera demandée)

**MODALITES D'INSCRIPTION ET DE FONCTIONNEMENT**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant :

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_

atteste avoir pris connaissance des règlements, des modalités d'inscription et de fonctionnement de la Garderie périscolaire, du Restaurant scolaire, de l'Accueil de loisirs et/ou des TAP en accepte pleinement les termes et conditions et précise ce qui suit :

**AUTORISATIONS PARENTALES**  
Valables durant l'année scolaire 2018/2019

**1- ACTIVITES – TRANSPORT**

J'AUTORISE l'enfant (NOM PRENOM) :..... à participer aux activités et sorties organisées dans le cadre du fonctionnement du Restaurant Scolaire, de la Garderie périscolaire, de l'Accueil de loisirs et à utiliser les moyens de transports en commun, notamment véhicule 9 places, car, taxi, train ou bateau.

**2- PHOTOGRAPHIES**

J'AUTORISE la prise de vue de l'enfant (NOM PRENOM)..... SEUL ou en GROUPE durant les activités ou lors de sorties par l'équipe d'animation et la diffusion dans des documents réalisés par la Commune, dans le cadre du projet d'animation et de sa politique de communication (exposition, journaux, site internet de Saint-Pabu,...)

Fait à Saint-Pabu, le

Signatures :