

Recommandations utiles des parents - Votre enfant porte-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires... ? Précisez.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Personnes à contacter en cas d'urgence :**

Nom et prénom (lien avec l'enfant) \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_  
Nom et prénom (lien avec l'enfant) \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_  
Nom et prénom (lien avec l'enfant) \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

## ASSURANCES

La Ville de Nogent-sur-Oise informe les familles qu'il est obligatoire de souscrire une assurance de responsabilité civile et une assurance individuelle accidents corporels, extra-scolaires, pour leurs enfants.

**Nom et adresse de la compagnie d'assurance :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Numéro de police d'assurance :** \_\_\_\_\_

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

■ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à en remplir une nouvelle pour toute modification, en cours d'année, des informations fournies ;

■ autorise le responsable de l'accueil périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

■ reconnais avoir pris connaissance des règlements intérieurs et en accepte les conditions d'inscription et de fonctionnement.

Fait à Nogent-sur-Oise, le \_\_\_\_\_

Signature (précédée de la mention «lu et approuvé»)

MA PHOTO



### DOCUMENTS À FOURNIR OBLIGATOIREMENT :

- Attestation d'assurance extra scolaire et responsabilité civile
- Photocopie Carnet de santé (vaccination)
- Attestation quotient familial (CAF)
- 1 photo de l'enfant

## VOTRE ENFANT

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
 F  G Date de naissance : \_\_\_\_\_  
École : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

## LES RESPONSABLES LÉGAUX

**Situation familiale :**

- Marié(e) ou vie maritale  Séparé(e)  Célibataire

### RESPONSABLE LÉGAL 1

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Téléphones \_\_\_\_\_  
Domicile : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_

### RESPONSABLE LÉGAL 2

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Téléphones \_\_\_\_\_  
Domicile : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale \_\_\_\_\_

N° d'allocataire CAF \_\_\_\_\_ ou N° d'allocataire MSA \_\_\_\_\_

## DÉCHARGE PARENTALE

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

autorise ce dernier à rentrer seul de l'accueil périscolaire à mon domicile

oui  non

Si oui, précisez l'horaire de départ souhaité :

autorise la ou les personnes suivantes à venir chercher l'enfant :

*(un justificatif sera demandé aux personnes habilitées)*

Nom et prénom (lien avec l'enfant) \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_

Nom et prénom (lien avec l'enfant) \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_

Nom et prénom (lien avec l'enfant) \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_

## AUTORISATION DROIT À L'IMAGE

J'autorise la Ville de Nogent-sur-Oise à photographier et/ou à filmer mon enfant pendant le temps du midi pour publication ou diffusion des images dans une édition municipale (affiche, guide, magazine, site Internet...) :

oui  non

## INFORMATIONS QUE VOUS SOUHAITEZ NOUS COMMUNIQUER :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom et coordonnées du médecin traitant : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Connaissez-vous le groupe sanguin de votre enfant ?**

oui  non

Si oui, précisez le groupe :

**L'enfant suit-il un traitement médical sur une longue période ?**

oui  non

Si oui lequel ? \_\_\_\_\_

**L'enfant souffre-t-il d'allergies ?**

Asthmes  oui  non

Médicamenteuses  oui  non

Alimentaires  oui  non

Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

**Autres allergies ?** *(si automédication, le signaler)*

\_\_\_\_\_

**L'enfant a-t-il déjà eu une maladie contagieuse (type rubéole, varicelle, angine...) ?**

oui  non

Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

**Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations) en précisant les dates et les précautions à prendre :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

