

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2026-2027 (sept.2026/ août 2027)



ENFANT		
NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE
SEXE	ÉCOLE	CLASSE (sept.2026)
Féminin <input type="radio"/> / Masculin <input type="radio"/>		

COORDONNÉES DES PARENTS OU RESPONSABLES		
Situation familiale	MARIÉ <input type="radio"/> PACSÉ <input type="radio"/> SÉPARÉ <input type="radio"/> DIVORCÉ <input type="radio"/> VEUF(VE) <input type="radio"/> CONCUBINAGE <input type="radio"/> CÉLIBATAIRE <input type="radio"/>	
Parent 1	Parent 2	Autre représentant légal
NOM	NOM	NOM
Prénom	Prénom	Prénom
Adresse	Adresse (si différente)	Adresse (si différente)
Tél domicile	Tél domicile (si différent)	Tél domicile (si différent)
Tél portable	Tél portable	Tél portable
Tél travail	Tél travail	Tél travail

COORDONNÉES DU PARENT ALLOCATAIRE			
NOM Prénom	N° CAF ou MSA (obligatoire)	Quotient Familial	En date du

ADRESSE E.MAIL DU REPRÉSENTANT LÉGAL
@

ASSURANCE RESPONSABILITÉ .CIVILE	COMPAGNIE	N° CONTRAT

**PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT** (autre que les parents)

NOM : ..... lien ..... Tél : .....  
 NOM : ..... lien ..... Tél : .....  
 NOM : ..... lien ..... Tél : .....

Aucun enfant ne sera confié à une personne non autorisée par écrit à venir le chercher.

Si l'un des deux parents n'est pas autorisé par décision de justice à venir chercher l'enfant, une copie de cette décision doit être fournie.

*L'enfant est sous la responsabilité de l'association durant l'ouverture du centre. Elle ne peut en aucun cas être tenue responsable d'accident survenant en dehors des heures d'ouverture.*

**AUTORISATIONS**

Je, soussigné (e).....père / mère / tuteur

- ✓ Donne mon accord pour la pratique des activités qui sont normalement prévues
- ✓ Autorise mon enfant à quitter seul le centre :  Oui    Non   **si oui** à partir de quelle heure.....
- ✓ Autorise l'association C.A.R. à utiliser la photo de mon (mes) enfant(s)
  - pour une communication interne (panneau d'affiche)    Oui    Non
  - pour une communication externe (presse)    Oui    Non

Autorise le directeur du centre à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident ou de maladie, les lieux d'hospitalisation étant décidés par les structures d'urgence.

Fait à ..... Le ...../...../.....

**Signature**

**(Ma signature valide les règlements intérieurs et autorise la structure à saisir mes informations personnelles et sanitaires)**

En application de la loi informatique du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant et conservées par le C.A.R. En aucun cas ces données de seront vendues ni échangées.

**CHECK LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR POUR UN DOSSIER COMPLET**

- Fiche de renseignements 2026/2027 (ci contre)
- Fiche sanitaire 2026/2027
- Photocopie des vaccins (à jour)
- Attestation de quotient familial (à jour) / N°allocataire (une par famille)
- Assurance responsabilité civile
- RIB (si changement)