



Verrières-le-Buisson

Service Enfance

PLACE CHARLES DE GAULLE
91370 VERRIERES-LE-BUISSON
☎ 01 69 53 78 29
jeune@verrieres-le-buisson.fr

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS
SANITAIRES
Activités Péri & Extrascolaires
Année 2024 / 2025**

**Cette fiche de renseignements sanitaire vaut inscription aux activités péri et extrascolaires.
Cependant, LA RÉSERVATION aux activités de l'accueil de loisirs (matin, soir, mercredi, vacances et repas)
est OBLIGATOIRE pour confirmer la présence de votre enfant.
>> Rendez-vous sur votre Espace Citoyen, dans la rubrique "gérer mes réservations".**

Enfant

NOM Prénom
Date de naissance : _____ Ecole fréquentée : _____

Représentants légaux

Père/Mère
Civilité / NOM / Prénom
Adresse
Code Postal / Ville
☎ Domicile ☎ Portable ☎ Professionnel
Courriel : _____

Père/Mère
Civilité / NOM / Prénom
Adresse
Code Postal / Ville
☎ Domicile ☎ Portable ☎ Professionnel
Courriel : _____

Profession : _____
Employeur : _____
Adresse : _____

Profession : _____
Employeur : _____
Adresse : _____

Renseignements médicaux

Maladie(s) _____

Allergie(s) _____

Protocole d'Accueil Individualisé
 Oui Non

Nom du Vaccin	Date de la dernière injection
DTP Polio	
Coqueluche	
Haemophilus Influenzae de type B (HIB)	
Hépatite B	
Pneumocoque	
Méningocoque C	
R.O.R. (Rougeole - Oreillons - Rubéole)	

Uniquement obligatoire pour les enfants nés à partir du 1er janvier 2018

Habitude(s) alimentaire(s)
 Repas Standard Repas végétarien

Contre-indication(s) _____

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autres que les représentants légaux)

Nom/Prénom _____	Tél. _____	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence
Nom/Prénom _____	Tél. _____	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence
Nom/Prénom _____	Tél. _____	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence
Nom/Prénom _____	Tél. _____	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence
Nom/Prénom _____	Tél. _____	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence
Nom/Prénom _____	Tél. _____	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence

Autorisations

- Autorise la Ville à publier dans ses brochures, films et sur son site Internet, les photos de mon enfant.
- Autorise la Ville à m'envoyer la newsletter et autres communications.
- Autorise la participation de mon enfant aux sorties véhiculées y compris hors de la commune.
- Autorise mon enfant à participer aux activités sportives organisées par la structure.

Calcul des participations familiales

La Ville applique une tarification individualisée pour l'ensemble des prestations, calculée selon le quotient des familles issu de la Caisse d'Allocations Familiales

Le calcul se fera automatiquement sur la base fournie par la CAF (sous réserve de la transmission du numéro d'allocataire ci-dessus).

En cas de changement de situation (familiale, professionnelle, salariale, etc.) en cours d'année, vous pourrez demander à mettre à jour votre QF en contactant la Mairie.

Si vous vous opposez à la consultation restreinte de votre dossier CAF via le dispositif prévu à cet effet, il ne sera pas possible de calculer votre quotient familial et le tarif maximum vous sera appliqué.

- Autorise les services de la Ville à consulter mon dossier sur le site de la CAF
- N'autorise pas les services de la Ville à consulter mon dossier sur le site de la CAF

Informations générales

N° allocataire CAF :

Régime :

Caisse :

Assurance : Nous vous signalons qu'il est dans votre intérêt de souscrire un contrat d'assurance couvrant les dommages corporels et matériels pouvant exposer votre enfant lors des activités auxquelles il participera.

Fiche à transmettre au Service Jeunesse à l'adresse jeune@verrieres-le-buisson.fr, accompagnée obligatoirement de la copie des pages vaccinations du carnet de santé.

Si votre enfant n'est pas scolarisé dans une école publique de la Ville et n'a pas de dossier famille, vous devrez également transmettre votre justificatif de domicile.

Enfin, en cas de séparation ou divorce, merci de fournir une copie de l'intégralité du jugement ou une attestation signée des deux parents précisant les modalités de garde.

Je soussigné(e) _____

- autorise les services municipaux encadrant mon enfant à pratiquer les soins d'urgence,
- certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à prévenir le service de toute modification (changement d'adresse, problème de santé, situation familiale ...) ;
- atteste avoir bien pris connaissance du règlement de fonctionnement des accueils péri et extrascolaires.

Fait à VERRIERES LE BUISSON,
le ___/___/_____

Signature des représentants légaux