

Nouvelle inscription Renouvellement 

POLE ADMINISTRATIF ENFANCE

04 50 25 22 43
enfance@ccfg.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

PHOTO
D'IDENTITE
OBLIGATOIRE

ANNEE SCOLAIRE 2026 / 2027

1. ENFANT :

NOM :	PRENOM :	NE(E) LE:	AGE:
N° de sécurité sociale :			
N° allocataire CAF (obligatoire) :			
Régime : CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> SNCF <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>			

ECOLE :	Nb de frères et sœurs :
CLASSE :	

2. EXERCICE DE L'AUTORITE PARENTALE :

PERE <input type="checkbox"/>	MERE <input type="checkbox"/>	CONJOINT <input type="checkbox"/>	CONJOINTE <input type="checkbox"/>	TUTEUR <input type="checkbox"/>
Marié(e) <input type="checkbox"/>	Séparé(e) <input type="checkbox"/>	Divorcé(e) <input type="checkbox"/>	Union libre <input type="checkbox"/>	Célibataire <input type="checkbox"/>
Pacs <input type="checkbox"/>				
<u>Redevable</u> :		PERE <input type="checkbox"/>	MERE <input type="checkbox"/>	

3. RESPONSABLE 1 :

NOM :	PRENOM :	
Date de naissance :		
Adresse :		
Tel personnel :	Tel portable:	Courriel :
Profession et Employeur/Ville:		Tel professionnel :

4. RESPONSABLE 2 :

NOM :	PRENOM :	
Date de naissance :		
Adresse :		
Tel personnel :	Tel portable:	Courriel :
Profession et Employeur/Ville:		Tel professionnel :

5. PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT, AGEES DE PLUS DE 16 ANS, OU PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS :

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	TELEPHONE

CONTACT(S)VISUALISABLE(S) PAR LES 2 PARENTS

OUI NON

6. AUTORISATION POUR FACTURE DEMATERIALISEE

OUI NON

8. AUTORISATION ENVOIE SMS

OUI NON

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES ET AUTORISATIONS

Merci de remplir précisément cette rubrique et de nous informer de tout problème de santé pouvant mettre en cause la sécurité et le bien-être de votre enfant.

1. ANTECEDENTS MEDICAUX

OUI NON Lesquels :

2. ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

OUI NON Lesquels :

3. TRAITEMENT EN COURS A LONG TERME

OUI NON Lesquels :

4. PAI EN COURS*

OUI NON Lesquels :

5. ALLERGIES

OUI NON

SOLEIL* MAQUILLAGE* INSECTES* ASTHME* MEDICAMENTS* ALIMENTATION*

Lesquels :

*** PAI : Prendre contact avec le directeur de votre école afin d'établir ou de renouveler le PAI. Si allergie alimentaire, dans ce cas le panier repas est fourni par les parents ainsi que le goûter pour les enfants de maternelle.**

6. Souhaitez-vous : Un repas sans porc Ou Un repas sans viandes

7. VACCINS

	1 ^{ère} date	2 ^{ème} date	3 ^{ème} date	Prochain	Effectué	
BCG					Oui	Non
POLIO					Oui	Non
PREVENAR					Oui	Non
ROR					Oui	Non
TETANOS					Oui	Non
VARIOLE					Oui	Non

8. AUTORISATIONS DE SOINS

Je soussigné(e) (titulaire 1 de l'autorité parentale),

Je soussigné(e) (titulaire 2 de l'autorité parentale),

Responsable légal de l'enfant

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

9. AUTORISATIONS

J'autorise :

Mon enfant à participer à toutes les activités physiques et sportives ou autres, qu'il serait amené à faire au sein de la structure, animée par l'équipe d'encadrement, ou par un organisme spécialisé.

La commune de Bonneville, situé 2 place de l'Hôtel de ville, 74130 Bonneville représentée par son maire et la Communauté de commune Faucigny Glières, située 6 place de l'Hôtel de ville, 74130 Bonneville représentée par son président :

- A photographier/filmer mon enfant
- A publier et diffuser les photographies et/ou vidéos

Ces images seront exploitées dans un cadre externe via le bulletin municipal, page Facebook de la mairie de Bonneville, site internet www.bonneville.fr, le bulletin intercommunal, page Facebook de la CCFG, site internet www.ccfg.fr, compte twitter de la CCFG et toute plaquette et/ou vidéo visant à valoriser les actions/missions/services des collectivités et dans un but non commercial ou publicitaire. L'image de votre enfant ne peut être utilisée que dans ce cadre bien précis pour une durée de dix ans.

Pour tout autre usage, mon accord sera de nouveau sollicité.

La commune de Bonneville et la Communauté de communes Faucigny Glières s'interdisent expressément de procéder à une exploitation des photographies et enregistrements susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, à la dignité ou à l'intégrité de votre enfant.

Vous garantissez que vous et/ou votre enfant n'êtes pas lié(es) par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de votre image ou de votre nom.

La présente autorisation d'exploitation de mon droit à l'image est consentie à titre gratuit.

OUI NON

Je certifie être titulaire de l'autorité parentale nécessaire à l'établissement de ma demande et effectuer cette démarche en accord avec le second responsable. Je confirme l'exactitude des données et m'engage à signaler immédiatement toute modification au service.

JE CONFIRME L'EXACTITUDE DES DONNEES

Je reconnais également avoir pris connaissance des règlements de fonctionnement et les approuve dans leur totalité.

Fait à : Le :

Signature des titulaires de l'Autorité parentale
(Précédée de la mention "Luet approuvé")