



## FICHE DE RENSEIGNEMENT 2025/2026

Mairie de Campagnan 34230 (à retourner à la mairie au plus tard le 4 août 2025)

Tél : 04 67 25 04 32

Courriel : [mairiedecampagnan@orange.fr](mailto:mairiedecampagnan@orange.fr)

Pièces à fournir : **attestation d'assurance scolaire et l'attestation CAF du quotient familial.**

### ENFANT

Nom et prénom.....

Date et lieu de naissance.....

Passé en classe de.....

Adresse.....

### RESPONSABLES LEGAUX

**Nom et Prénom du responsable légal 1 :** .....

Adresse ..... Portable.....

Téléphone du travail..... Adresse mail.....

**Nom et Prénom du responsable légal 2 :** .....

Adresse ..... Portable.....

Téléphone du travail..... Adresse mail.....

### PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM/PRENOM	ADRESSE	LIEN AVEC L'ENFANT	TELEPHONE

### PERSONNES AUTORISEES A VENIR RECUPERER L'ENFANT

Une pièce d'identité pourra être demandée à toute personne autre que les parents venant chercher l'enfant

NOM/PRENOM	ADRESSE	LIEN AVEC L'ENFANT	TELEPHONE

### SANTE DE L'ENFANT

#### VACCINATION

	Date des derniers rappels
B.C.G (antituberculeux)	
Anti diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, Hépatite B	
R.O.R (Rougeole, oreillons, rubéole)	

L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes :

- Asthme :
- Alimentaire (A préciser) .....
- Autres (A préciser) : .....
- PAI

Eventuelles contre-indications (en indiquer les raisons) : .....

.....

## **MEDECIN TRAITANT**

Nom et Prénom :

Localité :

N° de téléphone :

## **ASSURANCES**

Nom et adresse de la compagnie d'assurance extra scolaire (**fournir les justificatifs**) :

.....  
.....  
.....

## **AUTORISATIONS PARENTALES**

Je (Nous) soussigné(s) .....

Responsable(s) légal(aux) de l'enfant déclare(nt) exacts les renseignements portés sur cette fiche, et :

- **ADHERE(ONS)** au portail Familles et communique(ons) l'adresse mail suivante pour envoi des codes confidentiels d'accès :

.....

- Oui
- Non

- **AUTORISE(ONS)** le personnel de l'accueil périscolaires à contacter le médecin de famille mentionné ci-dessus, et à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant

- Oui
- Non

- **AUTORISE(ONS)** mon enfant scolarisé en classe élémentaire ou en cours moyens à quitter seul l'école

- **AUTORISE(ONS)** que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre des temps périscolaires pour une diffusion sur les supports scolaires et/ou municipaux (journaux, affiches, plaquettes...)

- Oui
- Non

- **ACCEPTTE(ONS) les termes du règlement intérieur**

- Oui
- Non

Je certifie que tous les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et je m'engage à faire connaître tout changement auprès de la mairie. Je déclare avoir lu et accepté le règlement intérieur pour la cantine et la garderie.

Fait à .....le..... Signature :