

## AUTORISATIONS

### Actes médicaux

J'autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant. En cas de nécessité, le service de secours conduira l'enfant au service des urgences le plus proche.

### Sorties en groupe

J'autorise mon enfant à participer aux sorties mises en place par l'équipe d'animation et à prendre les transports nécessaires dans le cadre de ces sorties.

### Autorisation de sortie

J'autorise mon enfant à rentrer seul  Oui  Non

Les personnes suivantes sont autorisées à venir chercher mon enfant :

NOM : ..... Prénom : ..... Tél. : .....  
NOM : ..... Prénom : ..... Tél. : .....  
NOM : ..... Prénom : ..... Tél. : .....

### Droit à l'image

J'autorise la communauté d'Agglomération du Bocage Bressuirais à photographier et à filmer mon enfant dans le cadre d'animations ou de la réalisation de supports de communication édités par le bénéficiaire.

J'accepte l'utilisation, l'exploitation et la reproduction de son image, sur quelque support que ce soit, à destination du bénéficiaire et de ses partenaires.

La présente autorisation est donnée pour tous les domaines d'exploitation tant qu'ils viseront à valoriser le service dans le respect de la préservation de la réputation et de la vie privée de mon enfant.

Je souhaite que l'image de mon enfant ne soit utilisée sur aucun supports.

Je soussigné·e, ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et m'engage à communiquer sans délai tout changement concernant cet imprimé. Je m'engage également à respecter le règlement intérieur des accueils de loisirs et périscolaires.

Fait le ..... À .....  
Signature du représentant légal :

### Agglomération du Bocage Bressuirais

27, boulevard du Colonel Aubry – BP 90184 – 79 304 Bressuire  
Antenne de Moncoutant-sur-Sèvre : 05 49 72 02 44 – [enfance@agglo2b.fr](mailto:enfance@agglo2b.fr)



## SERVICE ENFANCE 3 – 12 ans

Périscolaire matin  
Périscolaire soir  
Mercredis  
Vacances scolaires  
Restauration scolaire

## Fiche de renseignements 2024 - 2025

NOM de l'enfant : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....  fille  garçon

Commune de résidence : .....

### EN CAS D'URGENCE

Personne à contacter : .....

Tél. : .....

Établissement scolaire : .....

Classe 2024-2025 : .....

Commune de : .....

### Document à fournir :

- Photocopie du carnet de vaccination
- Bon MSA 2024 pour les familles concernées

### Fiche de renseignements commune à plusieurs gestionnaires :

- Vacances : Agglomération du Bocage Bressuirais
- Périscolaire matin & soir et mercredi : communes du Moncoutantais
- Restauration scolaire : communes concernées

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le service enfance pour établir les formalités d'inscription, de facturation et de suivi. Elles peuvent être utilisées pour l'envoi des programmes d'activités ou d'informations liées aux accueils de loisirs. Elles sont conservées pendant cinq ans suivant votre dernière inscription et sont destinées au service administratif du service enfance.

Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en envoyant un courriel à [dpd@agglo2b.fr](mailto:dpd@agglo2b.fr).

## INFORMATIONS GENERALES

### Représentant légal 1

Père  Mère  Autre

### Représentant légal 2

Père  Mère  Autre

NOM : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
CP : .....  
VILLE : .....  
Né·e le : .....  
Profession : .....  
Employeur : .....  
Tél. personnel : .....  
Courriel : .....

### Responsable de l'enfant (si différent des représentants légaux)

NOM : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
CP : ..... VILLE : .....  
Tél. personnel : .....  
Courriel : .....

### Fratrie

Nom : ..... Prénom : ..... Né·e le : / /  
Nom : ..... Prénom : ..... Né·e le : / /  
Nom : ..... Prénom : ..... Né·e le : / /

### Informations complémentaires

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

### Allocataire

CAF n° .....  MSA n° .....

Autorise le service enfance à consulter  
le Quotient Familial sur CAF pro  Oui  Non

### Adresse de facturation

Représentant 1  Représentant 2  Responsable de l'enfant

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM de l'enfant : .....

Prénom : .....

### Responsable légal

NOM : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
CP : ..... VILLE : .....  
Tél. domicile : .....  
Tél. portable : .....  
Tél. bureau : .....

### Vaccination : fournir la copie du carnet de vaccination (carnet de santé).

Si l'enfant n'a pas ses vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

### Renseignements médicaux

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (cochez la/les cases correspondantes)

Rubéole  Rhumatisme aigu  Otite  
 Varicelle  Scarlatine  Rougeole  
 Angine  Coqueluche  Oreillons

L'enfant présente-t-il une allergie ?

Asthme  Alimentaire  Médicamenteuse  
 Autre : .....

Précisez la conduite à tenir : .....

L'enfant a-t-il un projet d'accueil individualisé à l'école (PAI) ?  Oui  Non

Indiquez les autres difficultés de santé en précisant les dates :

/ / : .....  
/ / : .....  
/ / : .....

### Recommandations utiles (lentilles, lunettes, prothèse auditive, prothèse dentaire...)

.....  
.....

### Médecin traitant

NOM : .....  
Commune : ..... Tél. ....