

Année scolaire 2024/2025

En cours d'année, à compter du ...../...../.....

Fiche de renseignements commune pour Bayeux Intercom (scolarité) et la Ville de Bayeux (jeunesse-sports).  
Merci de bien vouloir la remplir pour la création ou la mise à jour de votre dossier famille.

| ENFANT                    |     |  |   |
|---------------------------|-----|--|---|
| Nom                       |     | Sexe   | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Prénom                    |     | Classe – Niveau<br>(à la rentrée de septembre) |   |
| Date et lieu de naissance | / / | à  |   |

| ETAT CIVIL DES REPRESENTANTS LEGAUX                          |   |               |   |               |
|--|---|---------------|---|---------------|
|  | <b>Représentant 1 de l'enfant</b><br>Responsable du dossier famille et du dossier CAF   |               | <b>Représentant 2 de l'enfant</b>   |               |
|  | Titulaire de l'exercice de l'autorité parentale :<br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>  |               | Titulaire de l'exercice de l'autorité parentale :<br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>  |               |
|  | <i>En cas de décision de justice limitant l'exercice de l'autorité parentale, joindre la copie de l'acte</i>  |               |   |               |
| Civilité   |   |               |   |               |
| Nom (+nom de naissance)                                      |   |               |   |               |
| Prénom   |   |               |   |               |
| Date et lieu de naissance                                    | Le / /  | à             | Le / /  | à             |
| Lien avec l'enfant   |   |               |   |               |
| Situation familiale  | Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/><br>Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> |               | Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/><br>Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> |               |
| Adresse  | Adresse :<br><br>Code postal :<br>Ville :   |               | Adresse :<br><br>Code postal :<br>Ville :   |               |
| Adresse mail   |   |               |   |               |
| Téléphone domicile   |   |               |   |               |
| Téléphone portable   |   |               |   |               |
| Profession   |   |               |   |               |
| Employeur  |   |               |   |               |
| Adresse de l'employeur                                       | Adresse :<br><br>Code postal :<br>Ville :   |               | Adresse :<br><br>Code postal :<br>Ville :   |               |
| Téléphone professionnel                                      |   | N° de poste : |   | N° de poste : |
| Nom et N° allocataire CAF *<br>(de rattachement de l'enfant) |   |               |   |               |
| En cas de séparation   | <input type="checkbox"/> Résidence principale chez le représentant 1<br><input type="checkbox"/> Résidence principale chez le représentant 2<br><input type="checkbox"/> Résidence en garde alternée  |               | Un jugement a-t-il été prononcé ?<br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>  |               |

Dans le cas où l'enfant est rattaché à deux numéros (garde alternée par exemple). Si vous faites partie d'une caisse autre que la CAF (MSA, ...), n'hésitez pas à nous contacter.

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DE L'ENFANT

Votre enfant a-t-il :

**une maladie chronique** (asthme, diabète, maladie orpheline, etc. ...) nécessitant une prise en charge particulière ?

oui  non

**une allergie alimentaire** (laitages, arachide, volaille, fruits rouges, etc. ...) nécessitant une prise en charge particulière ?

oui  non

Si oui, pour son bien-être, un **Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)** :

⇒ a-t-il été établi ?

oui  non

⇒ doit-il être mis en place ou reconduit ?

oui  non

Le P.A.I. est un document qui permet de préciser les adaptations thérapeutiques à apporter à la vie de l'enfant en collectivité, s'il est atteint de troubles de la santé comme une pathologie chronique, des allergies ou une intolérance alimentaire. Il doit être signé sous la responsabilité du médecin scolaire, entre les parents, la direction de l'école et Bayeux Intercom. Merci de bien vouloir nous contacter.

Recommandations utiles en lien avec la santé de l'enfant (lunettes de vue, appareils auditifs, traitement orthodontique...) :

**Attention : Aucun traitement ne pourra être donné à l'enfant sans ordonnance récente.**

### VACCINS OBLIGATOIRES (date de la dernière injection)

| D.T.P.       | ----/----/---- | R.O.R.                               | ----/----/---- |
|--------------|----------------|--------------------------------------|----------------|
| Coqueluche   | ----/----/---- | B.C.G (recommandé)                   | ----/----/---- |
| Méningocoque | ----/----/---- | Hépatite B                           | ----/----/---- |
| Pneumocoque  | ----/----/---- | Infection à Haemophilus influenzae b | ----/----/---- |

### PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

(autres que les parents)

|                               | Contact 1                    |                              | Contact 2                    |                              | Contact 3                    |                              |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Nom et Prénom                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| Lien avec l'enfant            |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| Adresse                       |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| Téléphone domicile            |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| Téléphone portable            |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| A appeler en cas d'urgence    | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Autorisé à récupérer l'enfant | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

### PERSONNE(S) INTERDITE(S) DE CONTACT AVEC L'ENFANT

Merci de joindre la décision de justice

|               |  |
|---------------|--|
| Nom et Prénom |  |
| Nom et Prénom |  |

### AUTORISATIONS PARENTALES

#### Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Autorisons / <input type="checkbox"/> N'autorisons pas | la structure (Bayeux Intercom ou Ville de Bayeux) à prendre toutes mesures d'urgence   |
| <input type="checkbox"/> Autorisons / <input type="checkbox"/> N'autorisons pas | l'hospitalisation et l'anesthésie de notre enfant si nécessaire  |
| <input type="checkbox"/> Autorisons / <input type="checkbox"/> N'autorisons pas | la structure (Bayeux Intercom ou Ville de Bayeux) à prendre des photographies ou vidéos de notre enfant et à les diffuser dans les documents municipaux et intercommunaux (bulletins, site internet, réseaux sociaux, plaquette d'information, ENT... ) sur les temps scolaire, périscolaire et extrascolaire.   |
| <input type="checkbox"/> Autorisons / <input type="checkbox"/> N'autorisons pas | la CDC Bayeux Intercom ou la Ville de Bayeux à recueillir des informations me concernant auprès de la Caisse d'Allocations Familiales, dont mes ressources, afin de vérifier mon éligibilité aux tarifications spéciales et de simplifier mes démarches.<br>(Dans le cas d'un refus de votre part, afin d'appliquer la tarification modulée, vous devrez obligatoirement fournir un justificatif de la CAF du Calvados.) |

*En cas de maladie ou d'accident, l'enfant est orienté et transporté par les services de secours d'urgence qui déterminent le lieu d'hospitalisation. La famille est immédiatement avertie par nos soins.*

### DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT AVEC LA FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Justificatif de domicile < 3 mois

Extrait du livret de famille

Fait à ....., le .....

Signature du/des représentants légaux

*Les informations contenues dans le présent document ne seront utilisées que pour les nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 1/4/89 de la Commission Nationale Informatique et Libertés.*