



VILLE DE DRUSENHEIM

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Identité
Nom :
Prénom :
Sexe :
Naissance :

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Num :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Catégorie socio-professionnelle :	Catégorie socio-professionnelle :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Date de naissance :	Date de naissance :
Pays de naissance :	Pays de naissance :
Ville de naissance (si pays de naissance = France) :	Ville de naissance (si pays de naissance = France) :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

PERSONNES A CONTACTER			
Contacts			
Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	Réponse
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul (à partir de 8 ans), ou accompagné d'un mineur (12 ans révolu)	OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

Appareillage	Réponse
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Handicap	Réponse
Situation d'handicap : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON

Données complémentaires	
heure de départ : (si autorisé à rentrer seul)	
régime alimentaire :	Sans objet / repas sans porc / végétarien / repas sans porc ni viande / PAI (repas provenant de la famille)
semelles orthopédiques :	OUI / NON

FICHE SANITAIRE

Informations médicales		
Médecin	Téléphone	Spécialité

Allergies

Pratiques alimentaires

Vaccin	Fait le	Date rappel
Covid		
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite (DTCP)		
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus (DTCPH)		
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B		
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)		
Grippe		
Haemophilus influenzae b		
Hépatite A		
Hépatite B		

Vaccin	Fait le	Date rappel
Méningocoque ACWY		
Méningocoque B		
Méningocoque C		
Papillomavirus humains		
Pneumocoque		
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)		
Tuberculose (BCG)		
Varicelle		
Autre		

ATTESTATION	
Nous soussignés (*)	
Responsables légaux de l'enfant (*)	

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure ([consultable sur le portail famille](#))

- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,

- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,

- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,

- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

*** A remplir obligatoirement**

CONTRAT D'ACCUEIL 2026-2027

SCOLARITE

Site d'accueil MOLIERE GACHOT (ou LA FARANDOLE)

Niveau scolaire à la rentrée septembre 2026 : PS MS GS - - - CP CE1 CE2 CM1 CM2

FACTURATION

Indiquer le nom du parent destinataire de la facture :

Affiliation :

- CAF Régime agricole Autres régimes

Quotient familial :

- < à 700 Entre 700 et 800 > 800

Indiquez votre N° d'allocataire à la CAF (vous nous autorisez de vérifier l'exactitude des informations saisies au préalable) :

A défaut, l'organisme payeur (ex. MSA) et votre n° d'adhérent :

PLAGES D'ACCUEIL

	Accueil Matin (1)	Midi	Soir 17h30	Soir 18h30
Lundi				
Mardi				
Jeudi				
Vendredi				

(1) Accueil du matin : dès 7 H à Gachot (si votre enfant est scolarisé à Molière, le personnel du Kiwini le déposera à Molière à 7h45)

	Accueil Matin	½ journée avec repas	½ journée sans repas	Journée avec repas	Journée sans repas
Mercredi					

Accueil régulier (à partir du/...../.....)

Accueil sur planning

(À compléter mensuellement via Portail Famille)

Tout changement dans les plages d'accueil réservées doit être notifié par **mail** à la direction.

DOCUMENTS OBLIGATOIRES

<input type="radio"/>	COPIE Carnet vaccinal
<input type="radio"/>	COPIE Attestation d'assurance
<input type="radio"/>	Copie feuille CAF Quotient familial (si tarif autre que tarif plein sauf autorisation CAFPRO)
<input type="radio"/>	Prélèvement automatique (SEPA) + RIB (si celui-ci non mis en place)

DOSSIER COMPLET À REMETTRE EN MAIN PROPRE à un membre de la direction
(Gaëtan – Carine ou Véronique)

Avant le mardi 31 mars 2026

Tout dossier incomplet sera placé sur liste d'attente et non pris en compte.

Passé la date butoir, le dossier sera placé sur liste d'attente