

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2025-2026

Merci de remplir **1 fiche par enfant** ! Lorsqu'il s'agit d'une fratrie et que les informations sont identiques vous pouvez noter « idem » pour la partie « COORDONNEES DE LA FAMILLE ».

INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Nationalité : _____

Adresse complète : _____

Assurance RC : _____

Langue maternelle : _____

Autre(s) langue(s) : _____

Frère(s) et sœur(s) (noms, prénom) : _____

Classe à la rentrée 2025/2026 : _____

Instituteur·trice : _____

COORDONNEES

Représentant légal 1

☐ Mère ☐ Père ☐ Autre : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

E-mail : _____

Tél. fixe et portable privé : _____

Tél. fixe et portable professionnel : _____

Etat civil : ☐ marié.e ☐ concubin.e ☐ séparé.e ☐ divorcé.e ☐ autre : _____

Profession : _____

Langue(s) parlée(s) : _____

Représentant légal 2

☐ Mère ☐ Père ☐ Autre : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

E-mail : _____

Tél. fixe et portable privé : _____

Tél. fixe et portable professionnel : _____

Etat civil : ☐ marié.e ☐ concubin.e ☐ séparé.e ☐ divorcé.e ☐ autre : _____

Profession : _____

Langue(s) parlée(s) : _____

Personne de contact en cas d'absence des représentants légaux

Nom, prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Coordonnées : _____

REPAS

Petit-déjeuner (si inscrit.e au module du matin) ☐ Oui ☐ Non

Appétit : ☐ Bon ☐ Moyen ☐ Petit

Menu choisi : ☐ Classique ☐ Végétarien ☐ Sans porc ☐ Régime spécifique*

SANTÉ

Sieste : mon enfant a l'habitude de faire la sieste après le repas (module 13h30-15h05)

☐ Oui ☐ Non

Vaccination à jour : ☐ Oui ☐ Non

Maladies : _____

Médicaments : _____

***Allergies ou intolérances** : ☐ Sans lactose ☐ Sans gluten ☐ Autre(s)

Attention : Merci de nous joindre un certificat médical valide afin que les cuisines professionnelles puissent prendre en considération les régimes spécifiques de votre enfant.

Autre(s), précisez : _____

Remarques : _____

Blessures : les éducateur·trice·s de l'EJC utilisent du spray désinfectant ou des globules d'homéopathie en cas de chutes, blessures.

Cochez si **vous ne souhaitez pas** que votre enfant reçoive ☐ du spray ☐ des globules homéopathiques

Tiques et soleil : Nous utilisons une crème solaire et de la solution anti-tique adaptée à votre enfant.

Cochez si **vous ne souhaitez pas** que votre enfant reçoive ☐ de l'anti-tiques ☐ de la crème solaire.

DEVOIRS

Je souhaite que mon enfant fasse les devoirs accompagnés à l'EJC : ☐ Oui ☐ Non

INFORMATIONS SUR LES RETOURS

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
☐ Bus scolaire – Horaire exact :	☐ Bus scolaire – Horaire exact :	☐ Bus scolaire – Horaire exact :	☐ Bus scolaire – Horaire exact :	☐ Bus scolaire – Horaire exact :
☐ Seul·e à pieds – Horaire exact :	☐ Seul·e à pieds – Horaire exact :	☐ Seul·e à pieds – Horaire exact :	☐ Seul·e à pieds – Horaire exact :	☐ Seul·e à pieds – Horaire exact :
☐ Quelqu'un vient le/la chercher Qui ? 	☐ Quelqu'un vient le/la chercher Qui ? 	☐ Quelqu'un vient le/la chercher Qui ? 	☐ Quelqu'un vient le/la chercher Qui ? 	☐ Quelqu'un vient le/la chercher Qui ?

DÉCHARGE TRAJETS

Les enfants à partir de la 3^{ème} Harmos effectuent seuls les trajets entre l'école et l'EJC. L'équipe éducative est déchargée de la responsabilité des enfants pour ces trajets effectués entre l'école et l'EJC durant leur temps de présence.

DÉCHARGE PHOTOS

J'autorise l'équipe éducative à photographier et utiliser l'image de mon enfant à des fins pédagogiques à l'interne de l'EJC (bricolages, tableaux organisationnels, affichages, etc...).

☐ Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié

Je certifie que les données complétées dans le document ci-dessus sont exactes et complètes	
Prénom, Nom représentant légal 1	Prénom, Nom représentant légal 2
Lieu et date :	Lieu et date :
Signature représentant légal 1	Signature représentant légal 2