

Année scolaire 2025/2026

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

Fiche de renseignements commune pour Bayeux Intercom (scolarité), la Ville de Bayeux (jeunesse-sports) et le CCAS de Bayeux (espaces socioculturels)

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 (à la rentrée de septembre)	
Date et lieu de naissance	/ /	à	

ETAT CIVIL DES REPRESENTANTS LEGAUX				
	Représentant 1 de l'enfant Responsable du dossier famille et du dossier CAF		Représentant 2 de l'enfant	
	Titulaire de l'exercice de l'autorité parentale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Titulaire de l'exercice de l'autorité parentale : 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"/> 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"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/>	
Adresse	Adresse :  Code postal : Ville :		Adresse :  Code postal : Ville :	
Adresse mail (obligatoire)				
Téléphone domicile				
Téléphone portable				
Profession				
Employeur				
Adresse de l'employeur	Adresse :  Code postal : Ville :		Adresse :  Code postal : Ville :	
Téléphone professionnel	N° de poste :		N° de poste :	
Nom et N° allocataire CAF 14 de rattachement de l'enfant *				
En cas de séparation	<input type="checkbox"/> Résidence principale chez le représentant 1 <input type="checkbox"/> Résidence principale chez le représentant 2 <input type="checkbox"/> Résidence en garde alternée		Un jugement a-t-il été prononcé ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	



## 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.

**L'enfant est-il bénéficiaire de l'AAEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) ?**

oui  non

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 autorisation parentale et 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 ou CCAS 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 ou CCAS 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, la Ville de Bayeux ou le CCAS de Bayeux à recueillir des informations me concernant auprès de la Caisse d'Allocations Familiales du Calvados, dont mes ressources, afin de vérifier mon éligibilité aux tarifications spéciales et de simplifier mes démarches. (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