

## FICHE DEMANDE CREATION ESPACE FAMILLES

### RENSEIGNEMENT ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  Masculin  Féminin  
Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Département : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Année Scolaire :  2024-2025  2025-2026 Ecole Fréquentée : \_\_\_\_\_

Petite Section  Moyenne Section  Grande Section  
 CP  CE1  CE2  CM1  CM2

### RESPONSABLE LEGAL 1

Madame  Monsieur NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
NOM de Jeune Fille : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone du Domicile : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Téléphone Portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_ Nom employeur : \_\_\_\_\_  
Autorité Parentale :  Oui  Non

### RESPONSABLE LEGAL 2

Madame  Monsieur NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
NOM de Jeune Fille : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone du Domicile : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Téléphone Portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_ Nom employeur : \_\_\_\_\_  
Autorité Parentale :  Oui  Non

### Si AUTRE RESPONSABLE LEGAL (Personne physique ou morale)

Organisme : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_  
Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone Organisme : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Téléphone Portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

### SITUATION FAMILIALE

Célibataire  Marié  Pacsé  Union Libre  Séparé  Divorcé  Veuf (ve)

**MODE DE GARDE EN CAS DE DIVORCE / SEPARATION**

- Garde Alternée – Joindre le Jugement de divorce / Ordonnance du Juge, le calendrier de garde  
 Garde Exclusive – Joindre le Jugement de divorce / Ordonnance du Juge

**ASSURANCE ENFANT**

Responsabilité Civile :  Oui  Non      Individuelle Accident :  Oui  Non  
Compagnie d'Assurance :      Numéro de police d'Assurance :

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

**Projet d'Accueil Individualisé – PAI**  Oui  Non  
**Santé :**  Allergie alimentaire  Autre :  
**Vaccinations :** Copie du carnet de santé, pages vaccinations  
**Régime Alimentaire :**  Repas classique  Repas sans viande  Panier repas si uniquement PAI

**AUTORISATIONS**

Autorise les responsables à faire donner tous les soins par un médecin  Oui  Non  
Autorise les responsables à faire transporter mon enfant dans un hôpital en cas d'urgence  Oui  Non

**PERSONNES de 16 ans révolus habilités à venir chercher l'enfant muni d'une pièce d'identité**

NOM :      Prénom :      Lien de parenté ou autre :  
Téléphone Portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

NOM :      Prénom :      Lien de parenté ou autre :  
Téléphone Portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

NOM :      Prénom :      Lien de parenté ou autre :  
Téléphone Portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

**Autorisation :** La commune de Francheville peut photographier mon enfant dans le cadre légal de la diffusion de ces photos pour l'illustration de documents municipaux uniquement  Oui  Non

**Activités périscolaires :** Inscription via l'espace familles sur le site de la Mairie de Francheville

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné(e).....certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements qui figurent sur le présent document et reconnais avoir pris connaissance que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative et pédagogique des élèves.

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifié en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de modification de la suppression des données en question qui vous concernent en contactant la mairie de Francheville.

**Fait à :**  
**Signature**

**le ...../...../.....**