

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM DE L'ENFANT : PRENOM :

ADRESSE DE RESIDENCE DE L'ENFANT :

DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE :

Numéro de sécurité sociale de rattachement :

Nom de l'assuré(e) :

Mange du porc : ☐ oui ☐ non

Mange de la viande : ☐ oui ☐ non

Représentant légal : père ☐ mère ☐ autre ☐ NOM : Prénom :	Représentant légal : père ☐ mère ☐ autre ☐ NOM : Prénom :
ADRESSE (si différente de l'enfant) : 	ADRESSE (si différente de l'enfant) :
E-mail : <i>(Indispensable pour communications sur la vie de l'établissement)</i>	E-mail : <i>(Indispensable pour communications sur la vie de l'établissement)</i>
Téléphone mobile :	Téléphone mobile :
Téléphone professionnel :	Téléphone professionnel :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Personne à joindre en cas d'urgence si vous-même êtes injoignable : NOM : Numéro de téléphone :	Personne à joindre en cas d'urgence si vous-même êtes injoignable : NOM : Numéro de téléphone :
NUMERO DE TELEPHONE DU JEUNE :	

Merci de signaler tout changement en cours d'année au Secrétariat le plus rapidement possible



DROIT A L'IMAGE

Nous soussignés, représentants légaux de l'enfant, autorisons l'établissement à le photographier et/ou filmer, et diffuser ces photos/films par le(s) vecteur(s) suivant(s) :

Journal de l'établissement Jean Allemane + blog (réservés aux parents de l'établissement)	Oui ☐	Non ☐
Journal de l'association AFASER	Oui ☐	Non ☐

Nous vous rappelons que, dans le cadre des activités éducatives et pédagogiques sur les groupes, des photos/vidéos sont régulièrement affichées/diffusées au sein des unités, à l'attention des enfants et des membres de l'équipe de l'EMP-EMPro.

AUTORISATION DE SORTIE

Dans le cadre du plan Vigipirate, nous souhaitons continuer, comme le projet d'établissement le prévoit, d'accompagner vos enfants sur l'extérieur de l'établissement, dans le cadre de nos différentes activités (éducatives, sportives, culturelles et ludiques...).

Nous soussignés, représentants légaux de l'enfant susnommé, l'autorisons à participer aux sorties :

Oui ☐

Non ☐

ATTESTATION REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Nous soussignés, représentants légaux de l'enfant susnommé, attestons être en possession du règlement de fonctionnement de l'établissement réactualisé en 2016 (téléchargeable sur le blog ou sur demande à l'établissement), et nous engager à en prendre connaissance et le respecter. OUI ☐ NON ☐

Nous soussignés,, représentants légaux de l'enfant susnommé, certifions l'exactitude des éléments renseignés sur cette fiche, et nous engageons à communiquer toute modification à l'établissement.

Fait à Champigny-sur-Marne le :

Signature(s) :



26, rue Jean Allemane
94500 - CHAMPIGNY SUR MARNE
☎ 01.47.06.32.08
e-mail : emp-pro@afaser.org

Année scolaire 2025 – 2026

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELLE

NOM DE L'ENFANT : PRENOM :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse de résidence de l'enfant :

.....

Numéro de sécurité sociale de rattachement :

Nom de l'assuré(e) :

NUMEROS DE TELEPHONE

Représentant légal : père ☐ mère ☐ autre ☐

Téléphone domicile :

Téléphone Portable :

Téléphone professionnel :

Autre personne à joindre en cas d'urgence :
.....

Représentant légal : père ☐ mère ☐ autre ☐

Téléphone domicile :

Téléphone Portable :

Téléphone professionnel :

Autre personne à joindre en cas d'urgence :
.....

Mon enfant porte :

☐ Appareil dentaire

☐ Lunettes

☐ Appareil auditif

☐ Autre :

Régime alimentaire :

☐ Oui

☐ Non

☐ Précisez :

(Joindre ordonnance)

☐ Mange du porc

☐ Mange de la viande

Allergies :
.....
.....

Traitements réguliers :

.....

.....

(joindre OBLIGATOIREMENT la copie de l'ordonnance)

Médecin traitant :

.....

Médecin(s) spécialiste(s) :

.....

.....

Contre-indications médicamenteuses :

.....

.....

**En cas de traitement ponctuel, faire parvenir l'ordonnance
avec le traitement qui restera à l'établissement**

Document recto-verso

AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICALE

Je soussigné(e)(1)

père, mère, responsable légal (2) de l'enfant

Accorde aux responsables de l'E.M.P – E.M.Pro AFASER le droit de

Solliciter les services d'urgence et/ou de les autoriser l'équipe médicale à pratiquer une intervention chirurgicale urgente ou à prescrire et appliquer des soins ou traitements médicaux, tant pendant le temps de présence à l'E.M.P. – E.M.Pro que pendant les sorties et les transferts

Dans tous les cas, la famille sera informée des démarches entreprises pour son enfant.

Fait à, le.....

Signature :

(1) nom du père ou de la mère ou du responsable légal

(2) Rayer les mentions inutiles



Année scolaire 2025 - 2026

26, rue Jean Allemane
94500 - CHAMPIGNY SUR MARNE
☎ 01.47.06.32.08
e-mail : emp-pro@afaser.org

CERTIFICAT MEDICAL ACTIVITES SPORTIVES

Pépinière - EMPro

Madame, Monsieur,

Votre enfant sera susceptible d'aller à la piscine et de pratiquer des activités sportives au sein et hors de l'établissement.

Nous vous demandons de bien vouloir **consulter votre médecin** afin de nous faire parvenir un certificat médical de non contre-indication sportive.

Je soussigné(e), Docteur

Certifie avoir examiné le (la) jeune

En date du et avoir constaté qu'il (elle) ne présentait aucune contre-indication à la pratique des **sports adaptés** suivants :

☐ Natation

☐ Équitation

☐ Activités sportives (par exemple : gymnastique, parcours sportifs, rugby, judo, football, athlétisme, vélo, basket...)

Précisions jugées utiles :

.....
.....

Fait à le

Signature et

Cachet du médecin

Nombre de cases cochées :



26, rue Jean Allemane
94500 - CHAMPIGNY SUR MARNE
☎ 01.47.06.32.08
e-mail : emp-pro@afaser.org

Année scolaire 2025- 2026

FICHE TRANSPORT

EMPro

Une copie de cette fiche sera donnée au chauffeur

NOM DE L'ENFANT : **Prénom :**

DATE DE NAISSANCE :

**ADRESSE DE RESIDENCE
DE L'ENFANT :**

NUMEROS DE TELEPHONE

Représentant légal :	Représentant légal :
père ☐ mère ☐ autre ☐	père ☐ mère ☐ autre ☐
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Téléphone Portable :	Téléphone Portable :
Téléphone professionnel :	Téléphone professionnel :

Nous soussignés, représentants légaux de l'enfant susnommé, autorisons les personnes **majeures** suivantes (nourrice, famille...) à venir le chercher à l'arrêt du minibus :

NOM et LIEN DE PARENTE	AGE	ADRESSE	N° Téléphone

Pour tout changement, même temporaire, l'établissement doit être prévenu. Vous voudrez bien remplir un nouveau document que vous pouvez réclamer au Secrétariat de l'E.M.P. en précisant la durée (secretariat.allemane@afaser.org).

L'enfant ne sera remis à aucune personne autre que celles désignées, sinon il sera ramené à l'établissement où vous (ou une personne habilitée sur présentation de sa pièce d'identité) devrez impérativement venir le récupérer.

Signature :

AUTONOMIE TRANSPORTS (EMPro UNIQUEMENT)

Nous soussignés, représentants légaux de,
l'autorisons à :

Merci de cocher toutes les cases correspondantes

- Se déplacer seul(e) entre l'EMPro et l'EMP, du **n°20 au n°26** rue Jean Allemane

OUI ☐ NON ☐

- Faire seul les trajets entre le **domicile et l'établissement matin et soir**, et/ou
dégage le Centre de toute responsabilité durant ce trajet

OUI ☐ NON ☐

- Faire seul les trajets entre le **domicile et le lieu de stage matin et soir**, et/ou
dégage le Centre de toute responsabilité durant ce trajet

OUI ☐ NON ☐

- Se rendre seul(e) le matin du **domicile à l'arrêt du car** (GM Services ou
AFASER), et/ou le soir à l'inverse

OUI ☐ NON ☐

- Téléphone portable de mon enfant :

Date :

Signature :



Année scolaire 2025 - 2026

FICHE TRANSPORT

Pépière et Arc en Ciel

Une copie de cette fiche sera donnée au chauffeur

NOM DE L'ENFANT :Prénom :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE DE RESIDENCE DE L'ENFANT :
.....

NUMEROS DE TELEPHONE

Représentant légal : père ☐ mère ☐ autre ☐ Téléphone Domicile : Téléphone Portable : Téléphone Travail :	Représentant légal : père ☐ mère ☐ autre ☐ Téléphone Domicile : Téléphone Portable : Téléphone Travail :
---	---

Nous soussignés, représentants légaux de l'enfant susnommé, autorisons les personnes **majeures** suivantes (nourrice, famille...) à venir le chercher à l'arrêt du minibus :

- Se rendre seul(e) le matin du domicile à l'arrêt du car (GM Services ou AFASER), et/ou le soir à l'inverse OUI ☐ NON ☐

NOM ET LIEN DE PARENTE	AGE	ADRESSE	N° Téléphone

Pour tout changement, même temporaire, l'établissement doit être prévenu. Vous voudrez bien remplir un nouveau document que vous pouvez réclamer au Secrétariat de l'E.M.P. en précisant la durée (secretariat.allemanne@afaser.org).

L'enfant ne sera remis à aucune personne autre que celles désignées, sinon il sera ramené à l'établissement où vous (ou une personne habilitée sur présentation de sa pièce d'identité) devrez impérativement venir le récupérer.

Signature :

AUTORISATION D'ADMINISTRER UN MEDICAMENT PRESCRIT

Votre enfant doit recevoir un médicament pendant sa présence sur l'établissement. Nous vous demandons de remplir ce formulaire d'autorisation et nous **le retourner dans les plus brefs délais, accompagné de la copie de l'ordonnance**. Attention, sans ordonnance en cours de validité le traitement ne pourra pas être administré.

AUTORISATION (à remplir par la famille)

Nom et prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____

Nom et prénom du parent : _____

Numéro de téléphone en cas d'urgence : _____

MEDICATION (à remplir par l'IDE de l'établissement)

Nom du médicament : _____

Dosage : _____ Heure d'administration : _____

Durée du traitement : _____

Mode de conservation du médicament : _____

Par la présente,

1 – J'autorise un membre du personnel, délégué par la Direction de l'établissement, à distribuer ou administrer le médicament prescrit à mon enfant,

2 – J'accepte ma responsabilité de prévenir l'établissement de toute modification aux indications précédentes.

JEUNES MAJEURS

Je soussigné(e), _____, autorise un membre du personnel délégué par la Direction à me distribuer ou m'administrer le médicament prescrit.

Date

Signature

ATTENTION : sans cette autorisation, aucun médicament ne pourra être administré.