

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 1:	Représentant légal 2:
père ☐ mère ☐ autre ☐	père ☐ mère ☐ autre ☐
NOM :	NOM :
Prénom :	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 (préciser le lien de parenté) : NOM : Numéro de téléphone :	Personne à joindre en cas d'urgence si vous-même êtes injoignable (préciser le lien de parenté) : NOM : Numéro de téléphone :
FRATRIE : (frères et sœurs) Nom, prénom et âge : Nom, prénom et âge : Nom, prénom et âge : Nom, prénom et âge : Nom, prénom et âge :	

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 ☐
Dans l'établissement sur les unités	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 2022, 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) :

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 1 : père ☐ mère ☐ autre ☐

Téléphone domicile :

Téléphone Portable :

Téléphone professionnel :

Autre personne à joindre en cas d'urgence :
Préciser le lien de parenté

.....

Représentant légal 2 : père ☐ mère ☐ autre ☐

Téléphone domicile :

Téléphone Portable :

Téléphone professionnel :

Autre personne à joindre en cas d'urgence :
Préciser le lien de parenté

.....

Mon enfant porte :

☐ Appareil dentaire

☐ Lunettes

☐ Appareil auditif

☐ Autre :

Régime alimentaire, Texture

Hydratation :

☐ Oui

☐ Normale

☐ Normale

☐ Non

☐ Hachée

☐ Gélifiée

☐ Mixée

☐ Précisez :

(Joindre ordonnance)

☐ Mange du porc

☐ Mange de la viande

Allergies :

.....

.....

Traitements réguliers :

.....

.....

(joindre OBLIGATOIREMENT la copie de l'ordonnance)

Médecin traitant : **préciser le nom, l'adresse et le
téléphone :**

.....

Médecin(s) spécialiste(s) :

.....

.....

Contre-indications médicamenteuses :

.....

.....

En cas de traitement ponctuel, faire parvenir l'ordonnance avec le traitement qui restera à l'établissement. En cas d'évolution de la pathologie, merci de joindre un certificat médical ou d'indiquer la pathologie en cours

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



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

Année scolaire 2026 - 2027

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 :

Année scolaire 2026- 2027

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

FICHE TRANSPORT

Pépinière 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 <u>LIEN DE PARENTE</u>	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 :

Rentrée scolaire 2026-2027

Madame, Monsieur, Chers parents,

L'été arrive à grands pas, et nous espérons que chacun d'entre vous pourra profiter pleinement de cette période de repos bien méritée. Avant de clore cette année scolaire, nous souhaitons vous faire parvenir les documents nécessaires à la préparation de la rentrée 2026/2027.

Vous trouverez en pièce jointe plusieurs documents importants, notamment :

- Le calendrier 2026/2027 d'ouverture de l'établissement,
- Une fiche d'autorisation d'administrer un médicament prescrit.

A ces documents, doivent **impérativement être joints** :

- Une attestation de droit à l'assurance maladie **de moins de trois mois**,
- Une attestation de responsabilité civile pour l'année 2026-2027,
- La **copie de l'ordonnance de médicaments prescrits** (si traitement).

Nous profitons de cette occasion pour vous remercier pour votre collaboration tout au long de l'année scolaire. L'équipe éducative et administrative se réjouit de retrouver vos enfants à la rentrée, et nous espérons que ces vacances seront pour tous une belle occasion de se ressourcer.

Nous vous souhaitons à toutes et à tous de très bonnes vacances d'été, et vous donnons rendez-vous le **mardi 25 août 2026** pour une nouvelle année scolaire pleine de succès et d'apprentissages.

Monsieur SAÏDI,
Directeur de l'EMP-EMPro



EXTERNAT MEDICO-PEDAGOGIQUE
et MEDICO-PROFESSIONNEL A.F.A.S.E.R
26, rue Jean Allemane
94500 CHAMPIGNY-SUR-MARNE
Tél : 01.47.06.32.08