

Enfant 3

|                                                                                                         |                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Genre :                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Autre            |
| Prénom* :                                                                                               | <input type="text"/>                                                                                         |
| Nom* :                                                                                                  | <input type="text"/>                                                                                         |
| Date de naissance* :                                                                                    | <input type="text"/>                                                                                         |
| Adresse* :                                                                                              | <input type="checkbox"/> Identique au représentant 1<br><input type="checkbox"/> Identique au représentant 2 |
| Lien avec représentant 1* :                                                                             | <input type="text"/>                                                                                         |
| Autorité parentale Représentant 1* :                                                                    | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                    |
| Lien avec représentant 2* :                                                                             | <input type="text"/>                                                                                         |
| Autorité parentale Représentant 2* :                                                                    | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                    |
| Allergies* ( <i>alimentaires, médicamenteuses, autres</i> ) :                                           | <input type="text"/>                                                                                         |
| Projet d'Accueil Individualisé* :                                                                       | <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non<br>*Fournir PAI                                   |
| En situation de handicap* :                                                                             | <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non<br>*Fournir attestation MDPH                      |
| Commentaire santé de l'enfant ( <i>difficultés de santé, traitement médical, recommandations...</i> ) : | <input type="text"/>                                                                                         |

Enfant 4

|                                                               |                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Genre :                                                       | <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Autre            |
| Prénom* :                                                     | <input type="text"/>                                                                                         |
| Nom* :                                                        | <input type="text"/>                                                                                         |
| Date de naissance* :                                          | <input type="text"/>                                                                                         |
| Adresse* :                                                    | <input type="checkbox"/> Identique au représentant 1<br><input type="checkbox"/> Identique au représentant 2 |
| Lien avec représentant 1* :                                   | <input type="text"/>                                                                                         |
| Autorité parentale Représentant 1* :                          | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                    |
| Lien avec représentant 2* :                                   | <input type="text"/>                                                                                         |
| Autorité parentale Représentant 2* :                          | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                    |
| Allergies* ( <i>alimentaires, médicamenteuses, autres</i> ) : | <input type="text"/>                                                                                         |
| Projet d'Accueil Individualisé* :                             | <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non<br>*Fournir PAI                                   |

En situation de handicap\* : ☐ Oui\* ☐ Non

\*Fournir attestation MDPH

Commentaire santé de l'enfant  
(difficultés de santé, traitement  
médical, recommandations...) :

### Garde alternée

Enfant 3 : ☐ Oui ☐ Non

Enfant 4 : ☐ Oui ☐ Non

Pièce obligatoire à fournir : Documents officiels des droits de garde avec le justificatif de l'autorité parentale et le planning de garde (copie du jugement du tribunal ou convention parentale résidence alternée).

### Pièces obligatoires

Enfant 3\* : ☐ Carnet de vaccination ☐ Attestation d'assurance

Enfant 4\* : ☐ Carnet de vaccination ☐ Attestation d'assurance

Date :

Signature :

Ce document et les pièces obligatoires sont à retourner par mail ou par courrier à :

[service.enfance.jeunesse@ccapv.fr](mailto:service.enfance.jeunesse@ccapv.fr)

Service Enfance Jeunesse, Antenne CCAPV  
Maison de Pays, 04370 BEAUVEZER