

FICHE DE RENSEIGNEMENTS / ACCUEIL PERISCOLAIRE / ACCUEIL DE LOISIRS

L'ENFANT : NOM : _____ PRENOM : _____ sexe : M F
 DATE et LIEU DE NAISSANCE : _____ CLASSE: _____
 N° SECURITE SOCIALE : _____ groupe sanguin: _____
 NOM ET ADRESSE DU MEDECIN : _____

LA FAMILLE : situation familiale : marié vie maritale divorcé célibataire autre

NOM et PRENOM PARENT 1:	NOM et PRENOM PARENT 2:
ADRESSE: _____	ADRESSE: _____
CODE POSTAL: _____ COMMUNE: _____	CODE POSTAL: _____ COMMUNE: _____
TEL Domicile: _____	TEL Domicile: _____
TEL Portable: _____	TEL Portable: _____
TEL Travail: _____	TEL Travail: _____
Adresse Email: _____ (obligatoire pour le portail famille)	Adresse Email: _____
Profession: _____	Profession: _____

Régime Social: Allocataire CAF N° Allocataire CAF : _____
 Régime général Fonctionnaire Régime spécial MSA

(Photos et informations diverses)
 Autorisez-vous la diffusion des photos et vidéos de votre enfant sur les supports de communication communale ou sur le journal Sud Ouest? OUI NON

PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE

NOM: _____	NOM: _____
TEL : _____	TEL : _____

PERSONNE SUSCEPTIBLE DE VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT

NOM: _____	NOM: _____
TEL: _____	TEL: _____

FRÉQUENTATIONS ENVISAGÉES

LUNDI	7h30-8h30	Midi	16h-17h30	17h30-19h	JEUDI	7h30-8h30	Midi	15h30-16h30	16h30-19h
Matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>
MARDI	Matin	<input type="checkbox"/>	Midi	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>	
MERCREDI	Matin	<input type="checkbox"/>	Midi	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>	
	ALSH	Après-midi	<input type="checkbox"/>	Journée	<input type="checkbox"/>				

(Cocher la case correspondante)

PIECES A FOURNIR

- Certificat médical si allergies ou problème de santé
- Photocopies des pages de vaccinations,
- Photocopie de l'attestation sécu,
- Attestation Quotient Familial CAF, ou
- Dernier AVIS D'IMPOSITION (à renouveler en janvier)
- Fiche sanitaire (complétée recto-verso)

Nous, soussignés Père , Mère , Tuteur , responsables de l'enfant

→ **Autorisons** le Directeur à faire soigner notre enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.

→ **Nous** engageons à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels.

→ **Nous** engageons à prendre à notre charge les suppléments dus à un retour individuel de notre enfant, ainsi que les frais d'accompagnement.

→ **Nous** reconnaissons avoir pris connaissance du règlement intérieur ci-joint que nous acceptons.

Fait à Saint Selve, le
Signature: