

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 MAMAN : _____ NOM et PRENOM PAPA : _____

ADRESSE : _____ ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ COMMUNE : _____ CODE POSTAL : _____ COMMUNE : _____

TEL Domicile: _____ TEL Domicile: _____

TEL Portable: _____ TEL Portable: _____

TEL Travail: _____ TEL Travail: _____

Adresse Email: _____ Adresse Email: _____

profession: _____ profession: _____

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

(Photos et informations diverses)

Autorisez-vous la diffusion (photos et vidéos) de votre enfant sur notre site internet ou 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: _____

HORAIRES PERISCOLAIRE: 7H30/8H20-11H30/13H30-16H/18H30 ACCUEIL DE LOISIRS:7H30/18H30

FREQUENTATIONS ENVISAGEES

LUNDI				JEUDI							
Matin	<input type="checkbox"/>	Midi	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>	Matin	<input type="checkbox"/>	Midi	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>
MARDI				VENDREDI							
Matin	<input type="checkbox"/>	Midi	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>	Matin	<input type="checkbox"/>	Midi	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>
MERCREDI											
Matin	<input type="checkbox"/>	Midi	<input type="checkbox"/>	APRES-MIDI	<input type="checkbox"/>	(Cocher la case correspondante)					

PIECES A FOURNIR

- certificat médical,
- photocopies des pages de vaccinations,
- photocopie de l'attestation sécu,
- attestation CAF (Quotient familial)
- 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: