

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: _____ Adresse Email: _____
(obligatoire pour le portail famille)

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: _____

FREQUENTATIONS ENVISAGEES

LUNDI					JEUDI										
7h30-8h30		16h-17h30		17h30-18h30		7h30-8h30		15h30-16h30		16h30-18h30					
Matin	<input type="checkbox"/>	Midi	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>	Matin	<input type="checkbox"/>	Midi	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>
MARDI					VENDREDI										
Matin	<input type="checkbox"/>	Midi	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>	Matin	<input type="checkbox"/>	Midi	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>
MERCREDI		ALSH													
Matin	<input type="checkbox"/>	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: