

FICHE DE RENSEIGNEMENT CANTINE-
- ACCUEILS PERISCOLAIRES

Année scolaire :

ENFANT:	
NOM :	PRENOM :
NE(E) LE : à	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Ecole fréquentée :	
<input type="checkbox"/> En permanence <input type="checkbox"/> En classe uniquement	Porte t-il des lunettes ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<u>PERE</u>	<u>MERE</u>
NOM :	NOM :
PRENOM :	PRENOM :
ADRESSE :	ADRESSE :
CODE POSTALE :	CODE POSTALE :
VILLE :	VILLE :
DOMICILE : /..... /..... /..... /.....	DOMICILE : /..... /..... /..... /.....
PORTABLE : /..... /..... /..... /.....	PORTABLE : /..... /..... /..... /.....
PROFESSION :	PROFESSION :
EMPLOYEUR :	EMPLOYEUR :
TRAVAIL : /..... /..... /..... /.....	TRAVAIL : /..... /..... /..... /.....
ADRESSE MAIL :	ADRESSE MAIL :

Couple divorcé : oui non

Autorité parentale conjointe : oui non

N° de Sécurité Sociale couvrant l'enfant :
N° d'allocataire CAF/MSA :
Quotient familial :
Cotisez-vous à une Mutuelle ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Laquelle :

Je soussigné(e), Responsable de l'enfant

Nom et Prénom de l'enfant

AUTORISE mon enfant à partir seul de l'accueil périscolaire et ou des TAP.

oui non si oui, à partir de heures.

AUTORISE le responsable à laisser sortir mon enfant avec les personnes suivantes :

(Nom des personnes, autres que les parents, susceptibles de prendre l'enfant au TAP, aux accueils périscolaires, à la cantine.)

NOMS	PRENOMS	N° de TELEPHONE

Toute modification concernant ce dossier devra être signalée par écrit.

Fait à Le Signatures,

En cas d'urgence

Un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :/...../.....

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement.
(allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre :

.....
.....

Médecin traitant : Nom Tél :/...../...../...../.....

Personne susceptible de vous contacter rapidement Tel/...../...../...../.....

Assurance choisie (fournir l'attestation) :

Signature de responsable légal