

FICHE DE RENSEIGNEMENT ACCUEIL PERISCOLAIRE FONTEVRAUD

ANNÉE SCOLAIRE ____/____

ENFANT

NOM : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____ à _____

Porte-t-il des lunettes ? Oui Non

En permanence En classe uniquement

Père Mère Autre _____

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

📠 domicile : _ / _ / _ / _ / _

📠 portable : _ / _ / _ / _ / _

Profession : _____

Employeur : _____

📠 Travail : _ / _ / _ / _ / _

Adresse mail : _____

Père Mère Autre _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

📠 domicile : _ / _ / _ / _ / _

📠 portable : _ / _ / _ / _ / _

Profession : _____

Employeur : _____

📠 Travail : _ / _ / _ / _ / _

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 Non Laquelle : _____

Je soussigné(e) _____, Responsable de l'enfant _____

AUTORISE mon enfant à partir seul de l'accueil périscolaire

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 à l'accueil périscolaire

Noms	Prénoms	N° de téléphone

AUTORISE l'utilisation de l'image de _____ (nom de l'enfant)

Toute modification concernant ce dossier devra être signalée par écrit. Le responsable légal s'engage à respecter le règlement intérieur de l'accueil périscolaire.

Fait à _____ le _____ Signature,

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 du responsable légal