



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Rentrée scolaire 2018 - 2019

Photo
d'identité à
coller ici

ENFANT

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Classe en 2018 - 2019 :

Régime alimentaire de votre enfant :

Aucun

Sans Porc

Sans Viande

A-t-il un PAI (pour les allergies alimentaires et/ou P.A.I voir fiche sanitaire) OUI NON

FAMILLE

	MERE (*)	PERE (*)
Nom & Prénom :		
Adresse :		
Téléphones :	☎ (portable) : _____ ☎ (travail) : _____ ☎ (domicile) : _____	☎ (portable) : _____ ☎ (travail) : _____ ☎ (domicile) : _____
Courriel :		
Personne à prévenir en cas d'urgence : (au cas où les parents ne sont pas joignables) :	Nom : _____ Prénom : _____ ☎ (portable) : _____ ☎ (travail) : _____ ☎ (domicile) : _____	Nom : _____ Prénom : _____ ☎ (portable) : _____ ☎ (travail) : _____ ☎ (domicile) : _____
Nombre d'enfants		

(*) – En cas de jugement en fournir obligatoirement une copie

AUTORISATION POUR RECUPERER L'ENFANT

Si vous ne pouvez pas venir vous-même récupérer votre enfant aux accueils périscolaires ou loisirs, vous autorisez les animateurs à remettre votre enfant aux personnes majeures (ou frère et sœur) indiquées ci-dessous :

1- _____ 4- _____
 2- _____ 5- _____
 3- _____ 6- _____

INSCRIPTIONS ACTIVITES PERISCOLAIRES ET EXTRASCOLAIRES

Inscription automatique chaque mois OUI (*) NON (**)

Activités	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Garderie du matin			Matin et cantine		
Cantine					
Garderie soir			Journée entière		
Etude					

(*) – Si OUI, cochez les cases correspondantes et toute modification pourra se faire avant le 25 de chaque mois

(**) - Si NON, venir chaque mois en mairie ou envoi par mail pour communiquer les jours



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) .

Nom :
Prénom :
demeurant :
.....
.....

Veillez rayer les autorisations que vous ne souhaitez pas donner.

- Autorise le personnel de la structure, à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant selon les prescriptions du corps médical consulté.
- Autorise l'hospitalisation de mon enfant.
- Autorise le médecin à pratiquer en urgence les soins nécessaires (Anesthésie, chirurgie, ...).
- Autorise que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre des activités de la structure.
- Autorise la publication des images de mon enfant (photos ou films) sur les sites internet, les bulletins d'informations, les calendriers de la structure et de la collectivité à laquelle elle est rattachée. Sur internet, Il ne sera mentionné aucun renseignement permettant d'identifier l'enfant.
- Autorise mon enfant à sortir de la structure en présence du personnel pour participer à des activités d'éveil et de découvertes.
- Autorise le transport de mon enfant dans le cadre des activités liées au fonctionnement de la structure.
- Autorise la collectivité à consulter, le cas échéant, mon dossier d'allocataire directement auprès de la CAF afin de prendre en compte les dernières déclarations de revenus pour le calcul des tarifs.
- Autorise la structure et la collectivité à laquelle elle est rattachée à utiliser mes coordonnées pour me contacter en cas de besoins et pour me solliciter occasionnellement dans le cadre d'études ou d'enquêtes. Celles-ci sont effectuées de manière strictement anonyme et seuls leur résultats peuvent être communiqués.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur dont un exemplaire nous a été remis et je m'engage à le respecter.

Fait à Le

Signature du ou des parent(s)

