



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ANNÉE SCOLAIRE

ENFANT INSCRIT AUX ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES (ALSH, CANTINE, NAP)

POUR DES RAISONS DE SECURITE, IL VOUS APPARTIEN DE REMPLIR CORRECTEMENT TOUS LES CHAMPS

1. Enfant à inscrire : Sexe : Garçon Fille

Nom du mineur	Prénom	Date de naissance	Âge	Classe

École fréquentée : J. Verne Ste Thérèse
Autre :

Adresse :

.....
.....

2. Responsables légaux :

Nom et prénom du père :

Tel domicile : 0/...../...../..... Tél. port : 0...../...../...../..... Tel Travail : 0...../...../...../.....

Adresse Mail : _____

Nom et prénom de la mère :

Tel domicile : 0...../...../...../..... Tél. port : 0...../...../...../..... Tel Travail : 0...../...../...../.....

N°SS : _____

Adresse Mail : _____

N°CAF : _____

3. Informations diverses :

J'autorise mon enfant en élémentaire à quitter seul l'accueil : oui non

Personne(s) majeure(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant, sur le lieu d'activité (la carte d'identité devra être présentée) ou à contacter en cas d'urgence :

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

RENSEIGNEMENTS UTILES POUR L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS :

Pour la petite enfance : votre enfant fait-il la sieste ? oui non

Prévoir un sac avec un change complet. (Ex: pipi)

Votre enfant sait-il nager ? oui non

Brevet de natation : oui : m : _____ non

Votre enfant possède-t-il une carte d'identité? oui non N° de la carte : _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR

Allergie alimentaire : **oui** **non**

Asthme: **oui** **non**

Votre enfant est-il porteur de handicap: **oui** **non**

Si oui, préciser le handicap , es signes et la conduire à tenir.

Autre allergie connue (animaux, médicament, plante ...) : **oui** **non**

Si oui, préciser la cause de l'allergie, les signes et la conduite à tenir

Votre enfant est-il à jour de ces vaccinations? **oui** **non** Joindre la photocopie des vaccins de votre enfant

Votre enfant prend-t-il un traitement pendant les temps (TAP, garderie, ALSH: **oui** **non**

Si oui, remettre une photocopie de l'ordonnance. Aucun traitement ne pourra être administré sans ordonnance.

Recommandations utiles des parents : (port de lunettes, lentilles, appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil ...). **oui** **non**

Nom du médecin traitant :

Son numéro de téléphone :

Je soussigné(e) Mme, Mr responsable légal de l'enfant,

- Certifie exact les renseignements donnés.
- Certifie que mon enfant ne présente pas de contre-indication aux activités, et l'autorise à y participer.
- Autorise mon enfant à être transporté dans les différents moyens de transports utilisés.
- Autorise mon enfant a être photographié et/ou filmé dans le cadre des activités PERISCOLAIRES/ALSH/ NAP/CANTINE et autorise la publication et/ou l'exposition de photos et/ou vidéos sur les supports de communication de la Municipalité de Préseau (Bulletin municipal, presse, site de la commune), y compris Internet.**
- Autorise la personne responsable à prendre toute mesure (y compris hospitalisation) nécessitée par l'état de santé de mon enfant et selon les prescriptions du corps médical consulté.

Je reconnais avoir pris connaissance des différents règlements :

- Accueil restauration scolaire
- Accueil périscolaire et ALSH du mercredi après-midi
- Accueil NAP

Cadre réservé à l'administration / service régie / Mme ABRAHAM

Documents à joindre avec la fiche de renseignements

- La fiche de renseignements / enfant dûment remplie et signée.
- Le numéro d 'allocataire CAF et l'attestation de coefficient familial.
- La photocopie du carnet de vaccination de l'enfant.
- Pour les parents divorcés, si interdiction pour l'un des parents de reprendre l'enfant merci d'apporter le jugement.
- La photocopie du livret de famille à jour
- Attestation d'assurance pour chaque enfant
- La photocopie de la carte d'identité de l'enfant.

Tarif appliqué :	1 : De 0 à 400 €	2 : De 401 à 735 €	3 : Supérieur à 736 €	4 : Extérieur
------------------	------------------	--------------------	-----------------------	---------------

DATE :

SIGNATURE(S):