



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ANNÉE SCOLAIRE

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

POUR DES RAISONS DE SECURITE, IL VOUS APPARTIENT 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 conduite 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):