

ENFANT : Nom : _____ Prénom : _____ Année scolaire : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ à _____

Sexe : F M

Ecole fréquentée : Jacquemarts Petit Prince Classe : _____

Problème de santé, allergie : _____

P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) oui non (Attention tous les PAI doivent être signés en Mairie)

Si oui préciser : _____

J'autorise l'équipe du périscolaire à administrer oui
de l'arnica en granules (homéopathie) en cas de coup (traumatisme) non

Régime alimentaire : oui non

Si oui préciser : _____

RESPONSABLES LEGAUX

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Divorcé Autre

Autorité parentale : conjointe père * mère *

*fournir jugement de divorce

Mère/Père Nom d'usage : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille: _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone professionnel : _____

Courriel : _____ @ _____

Employeur : _____ Profession : _____

.....

Mère/Père Nom d'usage : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille: _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone professionnel : _____

Courriel : _____ @ _____

Employeur : _____ Profession : _____

Adresse de facturation :

PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE

AUTRE QUE LES PARENTS

1/ Nom Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____ à appeler en cas d'urgence

Téléphones : _____

2/ Nom Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____ à appeler en cas d'urgence

Téléphones : _____

PERISCOLAIRE

RESTAURATION SCOLAIRE

Jours fixes : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

(veuillez cocher les jours ou votre enfant mangera)

Dérogation (planning variable) ATTENTION, BIEN FOURNIR LE PLANNING DES REPAS LA DERNIERE SEMAINE DU MOIS PRECEDENT

Cas exceptionnel (intérim, décès, maladie, etc...) SUR PRESENTATION DE JUSTIFICATIF

ACCUEIL MATIN OUI NON
(maternelle et élémentaire)

ETUDES SURVEILLEES OUI NON
(uniquement élémentaire)

ACCUEIL SOIR OUI NON
(uniquement maternelle)

TAP (activités périscolaires) OUI NON
(d'office si cantine)

Compagnie d'assurance : _____

Numéro de police d'assurance : _____

Régime : Général / MSA

N° allocataire CAF/ MSA : _____

Quotient familial : _____

Paiement par prélèvement automatique : OUI NON

(si oui, joindre un RIB)

AUTORISATIONS

J'autorise / je n'autorise pas ⁽¹⁾ tout médecin responsable, à faire pratiquer le cas échéant, toute intervention chirurgicale et à prescrire en cas d'urgence tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant.

J'autorise / je n'autorise pas ⁽¹⁾ la communication de mon adresse aux associations de parents d'élèves.

J'autorise / je n'autorise pas ⁽¹⁾ que mon enfant soit photographié dans le cadre des activités périscolaires

(1) Rayer la mention inutile

Date : _____

Signature Mère/Père

Signature Mère/Père

Remis ce jour le règlement des différents services périscolaires (accueil périscolaire matin et soir, accueil périscolaire midi, TAP)