



FICHE DE RENSEIGNEMENT

ANNEE SCOLAIRE 2021-2022

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT :

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT :

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT :

Documents à joindre

impérativement au dossier

Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte.

Attestation de Quotient Familial (CAF ou MSA ou Autre) ou dernier avis d'imposition sur les revenus

Attestation d'assurance scolaire/extrascolaire avec responsabilité civile

Copie des pages de vaccination du carnet de santé

Acceptation du règlement intérieur (périscolaire et/ou centre de loisirs)

Autorisation de reproduction ou de diffusion d'image

Copie des cartes d'identité des personnes autorisées à récupérer votre/vos enfant(s)

Charte de Bonne conduite au Périscolaire 2021-2022: Feuillet d'engagement à respecter la charte, remplie et signée par les enfants et les parents

AUTRE CONTACT EN CAS D'URGENCE

Nom:
Prénom:
Tél domicile:
Tél portable
Lien de parenté:

Nom:
Prénom:
Tél domicile:
Tél portable
Lien de parenté:

RESPONSABLE 1 :

NOM:.....

PRÉNOM:.....

ADRESSE:.....

TÉL DOMICILE:

TÉL PORTABLE:

TÉL TRAVAIL:

EMPLOYEUR:

PROFESSION:

MAIL:

RESPONSABLE 2:

NOM:.....

PRÉNOM:.....

ADRESSE:.....

TÉL DOMICILE:

TÉL PORTABLE:

TÉL TRAVAIL:

EMPLOYEUR:

PROFESSION:

MAIL:

RÉGIME:

CAF N°:.....

MSA N°:.....

AUTRES:

FACTURATION:

RESPONSABLE 1

RESPONSABLE 2

LES DEUX

ENFANT 1:

NOM:.....
 PRÉNOM:.....
 DATE DE NAISSANCE:.....
 ÂGE:.....
 CLASSE/SECTION:
 ECOLE:

Renseignements médicaux

Merci d'entourer la mention le cas échéant.

**POUR LA MISE EN PLACE D'UN PAI, MERCI DE
 CONTACTER ORIANA MANAUD A LA MAIRIE**

- Maladie chronique nécessitant une prise de médicament/ injection/ ponctuelle ou d'urgence
- Handicap moteur/visuel/auditif/ ou autre maladie invalidante
- Allergie / Intolérance alimentaire
- Dyslexie/dysorthographe/dyspraxie/dysphasie/ autre DYS/ TDAH
- Autres

ENFANT 2:

NOM:.....
 PRÉNOM:.....
 DATE DE NAISSANCE:.....
 ÂGE:.....
 CLASSE/SECTION:
 ECOLE:

Renseignements médicaux

Merci d'entourer la mention le cas échéant.

**POUR LA MISE EN PLACE D'UN PAI, MERCI DE
 CONTACTER ORIANA MANAUD A LA MAIRIE**

- Maladie chronique nécessitant une prise de médicament/ injection/ ponctuelle ou d'urgence
- Handicap moteur/visuel/auditif/ ou autre maladie invalidante
- Allergie / Intolérance alimentaire
- Dyslexie/dysorthographe/dyspraxie/dysphasie/ autre DYS/ TDAH
- Autres

ENFANT 3:

NOM:.....
 PRÉNOM:.....
 DATE DE NAISSANCE:.....
 ÂGE:.....
 CLASSE/SECTION:
 ECOLE:

Renseignements médicaux

Merci d'entourer la mention le cas échéant.

**POUR LA MISE EN PLACE D'UN PAI, MERCI DE
 CONTACTER ORIANA MANAUD A LA MAIRIE**

- Maladie chronique nécessitant une prise de médicament/ injection/ ponctuelle ou d'urgence
- Handicap moteur/visuel/auditif/ ou autre maladie invalidante
- Allergie / Intolérance alimentaire
- Dyslexie/dysorthographe/dyspraxie/dysphasie/ autre DYS/ TDAH
- Autres

Personne(s) autorisée(s) à récupérer votre/vos enfant(s)

Merci de joindre les copies des cartes d'identité

PERSONNE 1:

NOM:..... TÉL:.....
 PRÉNOM:..... TÉL:.....
 LIEN DE PARENTÉ:.....

PERSONNE 2:

NOM:..... TÉL:.....
 PRÉNOM:..... TÉL:.....
 LIEN DE PARENTÉ:.....

PERSONNE 3:

NOM:..... TÉL:.....
 PRÉNOM:..... TÉL:.....
 LIEN DE PARENTÉ:.....

PERSONNE 4:

NOM:..... TÉL:.....
 PRÉNOM:..... TÉL:.....
 LIEN DE PARENTÉ:.....

Médecin de famille

Nom:..... Tél:.....
 Adresse:.....

Autorisation de soins:

Je soussigné(e) M. -Mme, déclare avoir pris connaissance qu'en cas d'urgence, il sera fait appel au 15 et que le médecin régulateur des urgences décidera des mesures les plus appropriées à l'état de mon enfant. Je m'engage à venir le chercher dans les plus brefs délais ou à sa sortie d'hôpital.

Date:

Signatures: