



**Mise a jour en cas de
changement**

2024-2025

Ancienne Famille

RESPONSABLE 1 (FACTURATION):

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/MSA N°:.....

.....

ENFANT SUPPLEMENTAIRE:

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

Amélie FILOSA Au 07-87-08-53-11

- 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
- Régime alimentaire :
- Autres

**Documents à joindre
impérativement au dossier**

Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte.

Fiches sanitaires

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 (mise à jour seulement)

Pages des règlements intérieur (périscolaire et/ou centre de loisirs)

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

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

Merci de joindre les copies des cartes d'identité

Tout changement ce fait a partir de votre espace famille