

LOIX - ALSH PERISCOLAIRE CANTINE
FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS
Année scolaire 2019/2020

ALSH

PERISCOLAIRE

CANTINE

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Sexe : F M

Assurance :

N° contrat

Joindre une attestation

Père :	Responsable Légal : OUI NON
Nom : Prénom:	
Adresse :	
Téléphone(s) : Domicile : Portable : Professionnel :	
Mél : @	
Profession : Employeur :	
Situation familiale : célibataire marié séparé/divorcé vie maritale veuf pacsé	
Destinataire de la facture : OUI NON	

Mère :	Responsable Légal : OUI NON
Nom : Prénom:	
Adresse :	
Téléphone(s) : Domicile : Portable : Professionnel :	
Mél : @	
Profession : Employeur :	
Situation familiale : célibataire marié séparé/divorcé vie maritale veuf pacsé	
Destinataire de la facture : OUI NON	

Autre personne :	Responsable Légal : OUI NON
Nom : Prénom:.....	
Adresse :	
Téléphone(s) : Domicile : Portable : Professionnel :	
Mél :	
Lien de parenté/autre :	
Profession : Employeur :	
Destinataire de la facture : OUI NON	

Régime de santé :
Régime général SS / MSA / RSI / autre :
Nom, adresse et téléphone du médecin traitant de l'enfant :

Régime des prestations familiales
CAF n° /MSA n° /Aucune prestation familiale
<i>Quotient familial :</i> <i>Joindre une attestation (à défaut le plein tarif sera appliqué)</i>

Renseignements sanitaires : (cocher au moins une case)
☐ Pas de PAI ☐ PAI médical (asthme, allergie...) ☐ PAI lié à un handicap (MDPH)
<i>joindre une copie du document</i>
<u>Si pas de PAI, allergie alimentaire ou autre élément à signaler :</u>

Autorisations de sorties :	
Personne éventuelle à prévenir en cas d'urgence (autre que les parents) :	
NOM	Prénom
Téléphone :	
Nom et prénoms des personnes autorisées à venir chercher l'enfant (<i>en plus du ou des responsables légaux</i>)	
Mme/M.	Téléphone :
Mme/M.	Téléphone :
Mme/M.	Téléphone :
L'enfant est-il autorisé à partir seul de la garderie - l'ALSH ou accompagné d'un mineur ? ☐ Non ☐ Oui Heure	
Avec (nom et prénom)	Qualité (frère, sœur...) :

Informations complémentaires concernant votre enfant :

Je soussigné(e)

Responsable de l'enfant :

Déclare exacts les renseignements portés ci-dessus. J'autorise l'ALSH à prendre le cas échéant toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (hospitalisation, intervention chirurgicale, traitement médical...)

Fait à
Signature

Le