

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS PERISCOLAIRE

2024 / 2025



Attention, cette fiche suit votre enfant dans ses déplacements quotidiens (cantine et garderie) il est donc indispensable de la remplir et de la retourner dans les délais prévus.

ELEVE				
NOM de famille :	Prénom :	Sexe :		
Date de naissance :	Classe :			
Lieu de naissance :				
ADRESSE DE L'ELEVE				
N°	Rue :			
Code postal :		Commune :		
RESPONSABLE LÉGAL 1 : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère		RESPONSABLE LÉGAL 2 : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère		
Nom :	Prénom :	Nom :	Prénom :	
Adresse :		Adresse :		
Code Postal :	Commune :	Code Postal :	Commune :	
Téléphone portable :		Téléphone portable :		
Mail (obligatoire et lisible) :		Mail (obligatoire et lisible) :		
SITUATION FAMILIALE DES PARENTS DE L'ENFANT				
Marié ou pacsé <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/>				
En cas de séparation/divorce, l'enfant est-il en garde alternée <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
Selon le cas, fournir une copie du jugement de divorce en cas de perte de l'autorité parentale				
PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT ET/OU AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT AUTRES QUE LES PARENTS				
Nota : Pour tous changements en cours d'année, merci d'informer la mairie par mail				
Nom Prénom	Lien de parenté	Tel	A appeler en cas d'urgence *	Autorisé à prendre l'enfant*

*Cocher la ou les case(s) correspondante(s)
En cas d'accident ou urgence médicale, j'autorise le responsable de la cantine ou de la garderie à appeler le premier médecin disponible et à prendre toute mesure d'urgence prescrite par le médecin

FAMILLE RECOMPOSÉE

Si différent du responsable légal (exemple beau-père, belle-mère...)

Nom et prénom :

Lien avec l'enfant :

Téléphone portable :

FRERES ET SŒURS dans l'école (ou demi-sœur, demi-frère...)

Nom et prénom, classe :

Nom et prénom, classe :

Nom et prénom, classe :

ASSURANCE DE L'ENFANT (Joindre l'attestation)

Nom de la compagnie d'assurance :

N° de contrat :

SANTE

Problèmes de santé ou allergies :

PAI (protocole d'accueil individualisé) : OUI NON **RESPONSABLE DES PAIEMENTS CANTINE****MODE DE FACTURATION**Précisez le parent payeur pour la cantine : Père Mère**Pour les parents séparés et si garde alternée, précisez :**Semaine paire, l'enfant est chez : père mèreSemaine impaire, l'enfant est chez : père mère- 2 facturations : (1 pour le père ET 1 pour la mère en fonction du calendrier de garde alternée) OUI NON
ou- 1 facturation au nom du père ou de la mère **MODE DE REGLEMENT**- Prélèvement (joindre mandat de prélèvement + RIB sauf si fournis l'année précédente) - Paiement en ligne <https://miremont.les-parents-services.com> - Paiement en mairie (uniquement CB et chèques) **AUTORISATIONS****POUR LES ELEMENTAIRES UNIQUEMENT** J'autorise mon enfant à sortir seul de l'accueil périscolaire (précisez l'heure) Je n'autorise pas mon enfant à sortir seul de l'accueil périscolaire

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
A partir de 11 h 45 jusqu'à 13 h 30					
A 11h45					
A partir de 16 h 00					

Merci de cocher les cases

Je m'engage à signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date :

Signature représentant légal 1

Signature représentant légal 2