



SERVICE :

Périscolaire matin : Oui / Non / Occasionnel /
Jamais

Périscolaire soir : Oui / Non / Occasionnel /
Jamais

Cantine : Lundi / Mardi / Mercredi / Jeudi /
Vendredi / Occasionnel / Jamais

Accueil de loisirs (ALSH) du mercredi : Oui / Non

ENFANT

| | | | |
|----------------------------|--|--|--|
| Nom/Prénom | | | |
| Sexe (M/F) | | | |
| Date et lieux de naissance | | | |
| Classe | | | |
| Ecole | | | |
| Enseignant(e) | | | |
| CAF/MSA/Autre | | | |

REPRESENTANT LEGAL

| | |
|---|---|
| Père - Mère - tuteur – Beau-père – Belle-mère <input type="checkbox"/> A la charge de l'enfant | Père - Mère - tuteur – Beau-père – Belle-mère <input type="checkbox"/> A la charge de l'enfant |
| Nom – Prénom : (Nom de jeune fille) : N° de portable : N° de tel fixe : Adresse : CP : Ville : Profession : Employeur : Adresse : N° de tel du travail : | Nom – Prénom : (Nom de jeune fille) : N° de portable : N° de tel fixe : Adresse : CP : Ville : Profession : Employeur : Adresse : N° de tel du travail : |

Adresse mail du foyer pour l'envoi des informations :

RENSEIGNEMENTS

Situation familiale : Marié(e) – Concubin – Divorcé(e) – Séparé(e) – Célibataire – Pacsé(e) – Autre :

Nombre total d'enfant :

Nombre d'enfant à charge :

| | Noms-Prénoms | Né(e) le | | Noms-Prénoms | Né(e) le |
|---|--------------|----------|---|--------------|----------|
| 1 | | | 3 | | |
| 2 | | | 4 | | |

Allocations familiales : Oui / Non Caisse d'appartenance :

N° allocataire :

Nom Assurance Responsabilité Civile :

N° de police :

Sécurité social & assimilés : CPAM / MSA / MGEN / Autre

PRISE EN CHARGE

Autorisé(e) à rentrer seul(e) : Oui / Non (fournir une autorisation écrite et signée)

Pris(e) en charge par un tiers :

| Nom | Prénom | Adresse | N° de tel | Lien de famille |
|-----|--------|---------|-----------|-----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Nom du médecin traitant :

N° de tél :

