



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS ANNEE 2024-2025

### ACCUEIL PERISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE DE CITERS

Nom et prénom de l'enfant .....

Date de naissance..... classe .....

#### REPRESENTANT LEGAL 1 OU ASSISTANT FAMILIAL OU TUTEUR

Nom et prénom .....

Qualité : père - mère - assistant familial - tuteur

Adresse .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone domicile ..... portable : .....

Adresse mail (obligatoire) ..... @.....

Employeur : .....

#### REPRESENTANT LEGAL 2 OU ASSISTANT FAMILIAL OU TUTEUR

Nom et prénom .....

Qualité : père - mère - assistant familial - tuteur

Adresse .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone domicile..... portable.....

Adresse mail..... @.....

Employeur : .....

#### PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (autres que les parents)

Nom et adresse	Téléphone (fixe ou portable)	Lien

**Plan d'Accueil Individualisé (PAI) :    oui        non**  
**SI OUI FOURNIR UNE COPIE DU DOCUMENT AU SERVICE DU PERISCOLAIRE**

**Régime sans porc    oui        non**

## SITUATION PARENTALE

Marié (e)       Divorcé(e)       Union libre       Pacsé(e)       Célibataire

Parents séparés qui a la charge de l'enfant : .....

L'autre parent est-il autorisé à voir l'enfant :    oui            non

Est-il autorisé à le récupérer :    oui            non

*Si non, joindre un document officiel pour justifier de l'interdiction*

## REGIME ALLOCATAIRE

- Allocataire CAF (régime général)  
 Régime Spécial (MSA ou autre). Merci de fournir une attestation pour le quotient familial.

N° d'allocataire ou n° de Sécurité Sociale (MSA) .....

Nom et prénom de l'allocataire .....

Bénéficiez-vous de l'Aide aux Temps Libres (ATL)    oui            non

*Si oui, joindre obligatoirement la copie de l'ATL envoyé par la CAF. En cas de changement de quotient familial, il vous appartient d'en informer la responsable du centre.*

## FACTURATION

Adresse mail à utiliser pour la facturation : .....@.....

## ASSURANCE

### JOINDRE L'ATTESTATION D'ASSURANCE DE L'ENFANT

## AUTORISATIONS ET DECHARGES

	OUI	NON
J'autorise la responsable du centre à consulter le site de CAF PRO afin d'obtenir mon quotient familial		
J'autorise l'équipe d'encadrement à filmer ou photographier mon enfant lors des activités pédagogiques et éventuellement laisser paraître l'image dans la presse ou sur le site de CCTV.		
J'autorise l'équipe d'encadrement à maquiller mon enfant dans le cadre des activités proposées		

Ayant pris connaissance des conditions du fonctionnement de l'accueil péri/extrascolaire de Citers,

Je soussigné (e)..... (nom et prénom) responsable de

..... (nom et prénom de l'enfant)

**AUTORISE** mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs, sur le centre ou à l'extérieur y compris les déplacements en bus ou à pied.

**AUTORISE** les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale. L'enfant accidenté ou malade sera transporté par les services de secours d'urgences vers l'hôpital le mieux adapté à la situation.

**CERTIFIE** que mon enfant est couvert par une assurance responsabilité civile

**CERTIFIE** que mon enfant ne présente pas de contre-indication pour exercer toute activité physique ou sportive qui pourrait être proposée dans le cadre des activités. Dans le cas contraire, merci de fournir un certificat médical.

**DECHARGE** les organisateurs de toutes responsabilités pour tout accident qui pourrait survenir en dehors des heures de fonctionnement du centre.

Fait à .....

Le.....

Signature

*Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »*