



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ANNEE 2025-2026
ACCUEIL PERISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE DE VILLERS-LE-SEC

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 »