

Fiche de renseignements Périscolaire et/ou centre de loisirs Année scolaire 2020-2021

Nom : N° SECU :

Prénom : N° CAF :

Né(e) le : N° CCAS :

Adresse :

Classe suivie à la rentrée 2020 : Enseignant :

Mère	Père
Nom, prénom : <input type="text"/>	Nom, prénom : <input type="text"/>
Adresse (si différente) : <input type="text"/>	Adresse (si différente) : <input type="text"/>
Tel domicile : <input type="text"/>	Tel domicile : <input type="text"/>
Tel portable : <input type="text"/>	Tel portable : <input type="text"/>
Tel professionnel : <input type="text"/>	Tel professionnel : <input type="text"/>
Mail : <input type="text"/>	Mail : <input type="text"/>
Autorité parentale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autorité parentale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Situation familiale

Mariés
 Pacsés
 Vie maritale
 Divorcés
 Séparés
 Célibataire
 Veuf/veuve

Personnes habilitées

à prendre en charge l'enfant en dehors des parents ou à prévenir en cas d'urgence :

• Nom / Prénom :

N° tél : Lien de parenté :

• Nom / Prénom :

N° tél : Lien de parenté :

• Nom / Prénom :

N° tél : Lien de parenté :

• Nom / Prénom :

N° tél : Lien de parenté :

• Nom / Prénom :

N° tél : Lien de parenté :

INFORMATIONS MEDICALES

Médecin traitant : Nom Tél :

Traitement : L'enfant suit-il un traitement ? OUI / NON

Si oui, lequel :

Allergies : Alimentaires :

Autres :

En cas d'allergie(s) :

Vaccinations : fournir une photocopie du carnet de vaccinations.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires (DTP, Coqueluche, Hépatite B, Pneumocoque, Méningocoque, ROR, Haemophilus influenzae), joindre un certificat médical de contre-indication.

AUTORISATIONS

Droit à l'image

J'autorise les agents municipaux/animateurs à prendre des photos de mon enfant dans le cadre des activités péri/extra scolaires et à les diffuser :

- en interne
- dans la presse locale
- sur le site internet de la ville

Santé

J'autorise , je n'autorise pas les agents municipaux/animateurs à prendre toute mesure urgente concernant la santé de mon enfant dans le cadre des activités péri/extra scolaires.

Autorisation de sortie (école élémentaire/galopins)

J'autorise mon enfant à repartir seul à la fin de l'école (16h15)
 à la fin de la garderie (18h15)
 à la fin de la journée au centre de loisirs (18h00)

Je certifie avoir souscrit une assurance (responsabilité civile et individuelle accident) pour mon enfant. (joindre une photocopie)

Je, soussigné(e) (Nom, Prénom) , certifie avoir rempli cette fiche de renseignements, à la date du .