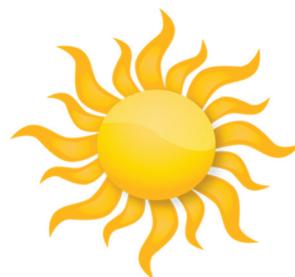


ACCUEIL PERISCOLAIRE
CANTINE SCOLAIRE
1 PLACE ST MAURICE
26 730 HOSTUN



L'ENFANT

NOM : PRENOM
Né(e) le
ADRESSE :

LA FAMILLE

Nom du responsable légal :
Responsable légal 1 Responsable légal 2
Nom : Nom :
Prénom : Prénom :
Situation marital : Situation maritale :

CONTACT

| | Responsable Légal 1 | Responsable Légal 2 |
|-----------------|---------------------|---------------------|
| Domicile | | |
| Portable | | |
| Travail | | |

Adresse e mail :

PROFESSION ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR

Responsable légal 1 :

Responsable légal 2 :

REGIME SOCIAL

QUOTIENT FAMILIAL :

| |
|-------------------------------------|
| Régime général |
| MSA |
| Autres régimes (SNCF, EDF-GDF...) |
| N° allocataire CAF ou MSA complet : |

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)

autorise les responsables de l'accueil périscolaire d' Hostun à présenter mon enfant à un médecin en cas de soin à donner d'urgence. Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Si cela est possible, je souhaite la consultation du docteur :

| | |
|------------------|--|
| Nom | |
| Téléphone | |
| Adresse | |

Ou l'hospitalisation à :.....

J'autorise mon enfant : (rayer la mention inutile)

- à participer aux activités organisées (transport y compris)
- à ne pas participer

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

| Nom | Prénom | Téléphone |
|-----|--------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER MON ENFANT AU PERISCOLAIRE

| Nom | Prénom | Téléphone |
|-----|--------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |

AUTORISATION POUR L'ENFANT DE QUITTER SEUL LE PERISCOLAIRE

| | |
|------------|--------------------|
| NON | |
| OUI | À partir deh |

Lu et approuvé,

Le

Signature des responsables 1 et 2