

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