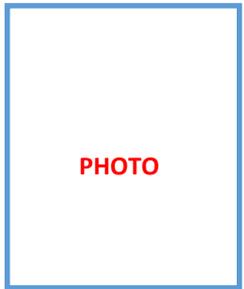


# FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2020 / 2021

## Cantine

### ALSH Périscolaire / Temps méridien

#### RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT



Nom ..... Prénom .....

Date de naissance ...../...../..... Age ..... Classe .....

#### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX— INFORMATIONS

Port de lunettes  Port d'appareil auditif  Port d'appareil dentaire  Allergie \*  .....

Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)  Motif : .....

Suivi : CMPI  CAMS  CENTRE DE JOUR  Autres  .....

Nom et N° de tel du médecin traitant ...../ Tel : .....

Vos recommandations .....

#### AUTORISATIONS DE SORTIE

J'autorise mon enfant à partir seul : OUI  NON

Avec Me, M : ..... TEL ...../...../...../...../.....

Avec Me, M : ..... TEL ...../...../...../...../.....

Avec Me, M : ..... TEL ...../...../...../...../.....

**Le personnel peut-être amené à demander la carte d'identité aux personnes habilitées.**

MÈRE

#### RENSEIGNEMENTS DES REPRESENTANTS LEGAUX

PÈRE

Nom ..... Prénom .....

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

Adresse .....

CP: ..... Ville : .....

CP: ..... Ville : .....

Tél dom : ...../...../...../...../..... Tél Port: ...../...../...../...../.....

Tél dom : ...../...../...../...../..... Tél Port: ...../...../...../...../.....

Mail (en majuscules)

Mail (en majuscules)

Profession: ..... Employeur: .....

Profession: ..... Employeur: .....

Tél Prof. : ...../...../...../...../.....

Tél Prof. : ...../...../...../...../.....

Copie de l'autorité parentale et du jugement si nécessaire

#### AUTORISATIONS

J'autorise la prise de photo de mon enfant dans le cadre des activités de l'ALSH périscolaires OUI  NON

J'autorise la diffusion des photos sur les Médias - Réseaux sociaux - Tirage papier OUI  NON

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la commune de Peipin à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (soins, hospitalisations) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Date : ...../...../..... Signature du responsable légal :