



FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2021 / 2022

ALSH Périscolaire / Temps méridien

RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT

PHOTO

PAS D'AGRAFE

SVP

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 Port:/...../...../...../.....

Tél Port:/...../...../...../.....

Mail (en majuscules)

Mail (en majuscules)

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

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

Employeur:

Employeur:

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 :

Copie : Vaccinations Assurance extrascolaire & Responsabilité civile * Certificat med. Allergies alimentaires

SI PREMIERE INSCRIPTION AJOUTER : ID responsables légaux - Livret de famille .