



FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS AUX TEMPS PÉRISCOLAIRES MATERNELLE – ÉLÉMENTAIRE - 1ÈRE INSCRIPTION

Toutes les rubriques recto-verso de la fiche individuelle de renseignements doivent être remplies lisiblement et en lettres majuscules.

Nom/Prénom de l'enfant :

Date de naissance : F M **Classe :**

Enfant en situation de handicap : oui non **Nature du handicap :**

Demande de PAI : oui non **Nature du PAI :**

INFORMATIONS FAMILLE

	PARENT 1	PARENT 2	AUTRE RESPONSABLE LÉGAL
NOM			
PRÉNOM			
SITUATION FAMILIALE			
PROFESSION			
ADRESSE			
COMMUNE			
TEL MOBILE			
TEL TRAVAIL			
COURRIEL			

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autres que les responsables légaux)

NOM	PRÉNOM	AGE	SI MAJEUR, N° TÉLÉPHONE	LIEN AVEC L'ENFANT

Frères et sœurs de moins de 16 ans résidant à la même adresse

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	ETABLISSEMENT SCOLAIRE

J'accepte que mon enfant soit photographié ou filmé pendant les activités périscolaires : OUI NON

J'accepte de recevoir de recevoir par mail La Lettre Éducation trimestrielle : OUI NON

J'accepte de communiquer mon adresse et courriel aux associations de parents d'élèves : OUI NON

INFORMATIONS FACTURATION

J'accepte de recevoir uniquement une notification des factures et pas de facture papier : OUI NON

FACTURATION UNIQUE	FACTURATION SÉPARÉE – GARDE ALTERNÉE	
PAYEUR UNIQUE <input type="checkbox"/>	PAYEUR 1 SEMAINE PAIRE <input type="checkbox"/> SEMAINE IMPAIRE <input type="checkbox"/>	PAYEUR 2 SEMAINE PAIRE <input type="checkbox"/> SEMAINE IMPAIRE <input type="checkbox"/>
NOM :	NOM :	NOM :
N° ALLOCATAIRE CAF GIRONDE :	N° ALLOCATAIRE CAF GIRONDE :	N° ALLOCATAIRE CAF GIRONDE :
DANS LES DEUX CAS DE FACTURATION (UNIQUE OU SÉPARÉE), ALLOCATAIRES MSA OU ALLOCATAIRES CAF EN COURS DE MUTATION (changement de département) : FURNIR IMPÉRATIVEMENT LA PHOTOCOPIE DU DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION DE L'ANNÉE N-1.		
DANS TOUS LES CAS DE FACTURATION, EN L'ABSENCE DU N° ALLOCATAIRE CAF OU DE L'AVIS D'IMPOSITION, <u>LE TARIF MAXIMAL DES SERVICES PÉRISCOLAIRES (ACCUEIL MATIN ET/OU SOIR – RESTAURATION SCOLAIRE) SERA APPLIQUÉ.</u>		

INFORMATIONS PÉRISCOLAIRES (LES INFORMATIONS RENSEIGNÉES NE VALENT PAS INSCRIPTION).

Accueil matin OUI NON

Accueil soir OUI NON

Restauration scolaire OUI NON Je fais une demande de repas sans viande : OUI NON

INFORMATIONS MÉDICALES

Nom du médecin traitant :		Tél :	
Maladie infectieuse	<input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> Scarlatine <input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Coqueluche		
Allergie et/ou intolérance	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Alimentaire <input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Piqûre d'insecte	
		<input type="checkbox"/> Acariens <input type="checkbox"/> Maquillage	
Appareillage	<input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Appareil dentaire <input type="checkbox"/> Appareil auditif		

Déclare(nt) exactes les informations portées sur cette fiche et s'engage(nt) à informer la direction de l'accueil périscolaire concernée de toute modification ou de tout changement en cours d'année scolaire.

Le

Signature Parent 1

Signature Parent 2

Signature autre responsable légal