

## 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*

**Nom/Prénom de l'enfant :** .....

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

**Garde alternée :**  OUI  NON (joindre la copie du jugement)

**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 (joindre la copie du jugement)	
PAYEUR UNIQUE <input type="checkbox"/>	PAYEUR 1 <input type="checkbox"/> SEMAINE PAIRE <input type="checkbox"/> SEMAINE IMPAIRE	PAYEUR 2 <input type="checkbox"/> SEMAINE PAIRE <input type="checkbox"/> SEMAINE IMPAIRE
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) : <b>FOURNIR IMPÉRATIVEMENT LA PHOTOCOPIE DU DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION 2025 SUR LES REVENUS 2024.</b>		
DANS TOUS LES CAS DE FACTURATION, EN L'ABSENCE DU N° ALLOCATAIRE CAF GIRONDE OU DE L'AVIS D'IMPOSITION, <b><u>LE TARIF MAXIMAL DES SERVICES PÉRISCOLAIRES (ACCUEIL MATIN ET/OU SOIR – RESTAURATION SCOLAIRE) SERA APPLIQUÉ.</u></b>		

## INFORMATIONS PÉRISCOLAIRES (les informations renseignées ne valent pas inscription).

Accueil matin	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Accueil soir	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Restauration scolaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Je fais une demande de repas sans viande : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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