

FICHE RENSEIGNEMENT ENFANT 2017-2018

ENFANT	
NOM :	Prénom :
Adresse principale de l'enfant :	
Date de Naissance : / /	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille
SCOLARITÉ	
École :	Classe :

**PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) À VENIR RÉCUPÉRER L'ENFANT
EN CAS D'ABSENCE DES RESPONSABLES LÉGAUX**

Désignation par écrit de la ou des personne(s) majeure(s) autorisée(s) à venir récupérer l'enfant avec
copie obligatoire de leur carte d'identité :

Nom-Prénom	Lien de Parenté	Téléphone	Adresse

ATTENTION : Dans le cas où un mineur devait récupérer un enfant accueilli, une décharge devra être OBLIGATOIREMENT remplie par les responsables de l'enfant au service Éducation et une copie de la pièce d'identité de l'enfant mineur autorisé devra être fournie.

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

A NOTER

Les agents du service périscolaire ne sont pas autorisés à donner des médicaments durant la période d'accueil, même avec un certificat médical.

Joindre la copie du carnet de santé (DTP)
Régime alimentaire : <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Sans viande
Nom du Médecin traitant : Tél :
L'enfant a-t-il une allergie alimentaire <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON * Une allergie médicamenteuse <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, laquelle :
L'enfant suit-il un traitement <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, lequel :
En cas d'allergie ou autre problème médical, les parents peuvent demander un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.) en sollicitant le médecin scolaire par le biais du Directeur/trice de l'école. Une démarche a-t-elle déjà été entreprise ou comptez-vous entreprendre une démarche afin de mettre en place un P.A.I. ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON



la roche sur foron

CITÉ MÉDIÉVALE AU CŒUR DES ALPES

Service Éducation
Tél. : 04 50 97 41 72 - Fax : 04 50 03 10 09
E-mail : service.periscolaire@larochesurforon.fr

FICHE FAMILLE 2017-2018

RESPONSABLE(S)		
Situation Familiale : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(s) <input type="checkbox"/> Pacsé(s) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Divorcé(s) ou Séparés		
	Responsable légal 1	Responsable légal 2
Qualité	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre
Nom-Prénom		
Adresse		
Tél. fixe domicile		
Tél. portable		
Tél professionnel		
N° allocataire CAF		
Régime sécurité sociale	<input type="checkbox"/> GÉNÉRAL <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRE	<input type="checkbox"/> GÉNÉRAL <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRE
E-mail		
Autorise le Service Éducation à envoyer la facture mensuelle à l'adresse mail précisée ci-dessus : <input type="checkbox"/> Responsable 1 OU <input type="checkbox"/> Responsable 2 En cas de DIVORCE uniquement, l'envoi des factures alternées peut-être effectué sur les deux adresses des responsables sur demande faite auprès du service.		
Responsable légal à contacter en priorité en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur		
AUTORISATIONS		

En cochant cette case, je n'accepte pas que les animateurs photographient mon/mes enfant(s) dans le cadre de l'accueil périscolaire.

En cochant cette case, je n'autorise pas mon/mes enfant(s) à participer à un déplacement éventuel durant les temps d'activités Périscolaires, il restera à l'école dans un autre groupe.

Je soussigné Mme, M. _____ **, responsable légal de l'enfant,**

→ Autorise les responsables de l'accueil périscolaire à prendre toutes les mesures nécessaires (SAMU, soins médicaux...) et à faire hospitaliser mon/mes enfant(s),

→ Reconnais l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler, par écrit, toute modification dans les plus brefs délais,

→ Reconnais que mon/mes enfant(s) sera(ont) repris en fin d'accueils par ses responsables légaux ou les personnes autorisées majeures (décharge obligatoire : si repris par un mineur,) et décharge la commune de toute responsabilité.

→ **Reconnais également avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et l'approuver dans sa totalité.**

Fait à _____, le / / 2017.

Signature du (des) responsable(s)
(Précédé de la mention « lu et approuvé »)