



**FICHE DE RENSEIGNEMENT**  
**« ACTIVITES PERISCOLAIRES »**  
**2018-2019**

**ENFANT**

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT : .....

Né(e) le : ...../...../..... à .....

**PARENTS**

Situation : Marié  Divorcé  Concubinage  Veuf  PACS  Célibataire  Séparé

**Maman :** \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_ N° de téléphone - fixe : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

- portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Téléphone Travail : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

**Papa :** \_\_\_\_\_

Adresse (si différente): \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_ N° de téléphone - fixe : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ (si différent)

Portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Téléphone Travail : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

**INFORMATIONS FACTURATION**

Numéro d'allocataire CAF ou MSA : \_\_\_\_\_

- Je fournis un document comportant mon Quotient Familial et/ou un avis d'imposition des revenus 2016

**Sur non présentation des documents ci-dessus le tarif maximum sera appliqué**

Nom et Adresse de facturation \_\_\_\_\_

Je souhaite recevoir ma facture par mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

## INFORMATIONS MEDICALES

NOM	DATES
DTCP (Infanrix, Pentacoq, Pentavac)	
ROR (ROR Vax, Priorix)	
HEPATITE (Engérix, HB Vax DNA)	

Médecin Traitant :

☎ \_/\_/\_/\_/\_

Oui non

Sans viande

Sans Porc

ALLERGIES : \_\_\_\_\_ Cause de l'allergie et conduite à tenir :

---

---

---

Indiquez les autres soucis de santé (maladies, accidents, crises convulsives, opérations, traitements...) et précisez les dates :

---

---

## AUTORISATIONS DIVERSES

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant Autorise,

Mme ou Mr \_\_\_\_\_ ☎ \_/\_/\_/\_/\_ à prendre en charge mon enfant après le Temps Péricolaires (personne Majeure, ou sur autorisation parentale manuscrite)

Autorise mon enfant à rentrer seul « tous » les soirs

Autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties prévues dans le cadre du temps périscolaire.

Donne mon accord pour la diffusion dans le cadre d'activités pédagogiques de photos de mon enfant ou de séquences filmées.

Autorise le responsable du Péricolaire à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et y adhérer.

**Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.**

Date,

Signature,