

**PERISCOLAIRE (Garderie et RESTAURANT SCOLAIRE) / CENTRE DE LOISIRS ANDRE MAILHES**

	NOM	Prénom	Date de naissance	Ecole rentrée 2019	Classe	RS*	CL*
1							
2							
3							
4							

\* mettre une croix dans la case concernée

**GARDERIE** matin /soir

**Situation familiale** :  Mariés  Pacés  Vie maritale  Séparés  Divorcés  Veuf(ve)  Célibataire

**Personne(s) ayant la garde de l'enfant** :  Père et Mère  Père  Mère  Garde alternée  Famille d'accueil

**Nom prénom du responsable légal 1** : .....

Adresse : .....

Code postal..... Ville.....

Tél : domicile.....portable.....travail.....

Email : .....@.....

Profession.....Employeur .....

**Nom prénom du responsable légal 2** : .....

Adresse : .....

Code postal..... Ville.....

Tél : domicile.....portable.....travail.....

Email : .....@.....

Profession.....Employeur .....

**N° Allocataire**  CAF  MSA : .....

**Les factures seront adressées à** :  Père et Mère  Père  Mère  autre(s).....

**Autre(s) personne (s) à contacter** (susceptible de venir chercher l'enfant en cas d'indisponibilité des responsables légaux ou en cas d'incident survenant à l'enfant)

	1	2
Nom Prénom		
Adresse Complète		
Tél : domicile travail mobile		

**CODE CCAS : RS**

**CL**

### ENFANT :

Nom et prénom-----Date de naissance-----

N° Sécurité sociale (auquel est rattaché l'enfant) : -----

Mutuelle : -----

### INFORMATIONS MEDICALES :

Médecin traitant : ----- Téléphone : -----

Votre enfant a-t-il un problème particulier de santé ?  OUI  NON

Si oui, lequel : -----

Votre enfant a-t-il un handicap ?  OUI  NON

Si oui, a-t-il l'AEEH : -----

- Allergie : Médicamenteuse  Oui  Non

Alimentaire  Oui  Non

Autre : -----

Si PAI (projet d'accueil individualisé), merci de fournir ce document

- Asthme  Oui  Non

- Date des dernières vaccinations : D.T.P. : -----

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

- Observations (santé, régime alimentaire particulier...) : -----

### ASSURANCES :

Votre enfant a-t-il une assurance extra-scolaire ? :

- accident :  oui  non

- Responsabilité civile :  oui  non

Si oui, laquelle : -----

### AUTORISATIONS :

J'autorise la prise de photos de mon enfant dans le cadre du temps péri et extra-scolaire : - Oui - Non

J'autorise le responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Je soussigné(e)----- mère, père, tuteur  
de l'enfant -----déclare exacts les renseignements portés tant sur la fiche  
familiale d'inscription que sur la fiche sanitaire et m'engage à signaler tout changement lié tant à mon domicile  
qu'à ma situation familiale ou professionnelle.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du restaurant scolaire

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du Centre de Loisirs

A -----le-----

Signature :