

Année scolaire : _____ Ecole : _____ Classe : _____ Monolingue/bilingue (1)

ÉLÈVENOM de famille : _____ NOM d'usage : _____ Sexe : M F

Prénom(s) : _____ / _____ / _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance (commune et département) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

RESPONSABLES LÉGAUXMère NOM de famille : _____ Autorité parentale : Oui Non *

NOM d'usage : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

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

Numéro de poste : _____ Courriel : _____

Père NOM de famille : _____ Autorité parentale : Oui Non *

NOM d'usage : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

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

Numéro de poste : _____ Courriel : _____

Autre responsable légal (personne physique ou morale)

Organisme : _____

Fonction : _____ Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Tél. : _____ Tél. portable : _____ Courriel : _____

Si non, joindre un justificatif*INFORMATIONS PÉRISCOLAIRESGarderie matin : Oui Non Cantine : Oui Non Garderie soir : Oui Non TAPS : Oui Non Garderie mercredi midi : Oui Non Transport scolaire : Oui Non Transport vers ALSH mercredi midi : Oui Non Mode de paiement : prélèvement * chèque CESU autre (préciser) joindre un rib*AUTORISATION (à remplir par les deux parents en cas d'adresses différentes) (Ne cocher qu'en cas d'acceptation) Mère Père

- J'accepte de communiquer mon adresse aux associations des parents d'élèves.
- J'accepte que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires et périscolaires.
- J'autorise l'équipe périscolaire à accompagner mon enfant sur les lieux d'activité des TAP

(1) rayer la mention inutile

SANTÉ / ASSURANCE DE L'ENFANT

-Numéro de sécurité sociale : _____
-Nom et téléphone du médecin traitant : _____
- Vaccinations obligatoires : DT Polio date :
-Y a-t-il un PAI ? Oui * Non
Si oui, de quelle nature ? _____

**Joindre le PAI*

Je soussigné, _____, responsable légal de l'enfant _____, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable périscolaire à prendre le cas échéant, toutes mesures (hospitalisations et/ou intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

-Observations que vous jugez utile de nous communiquer :

Responsabilité civile : Oui Non Individuelle Accident : Oui Non

Compagnie d'assurance : _____ Numéro de police d'assurance : _____

**Joindre une attestation d'assurance*

PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE

(Si vous souhaitez rajouter des noms, merci de le faire sur papier libre joint à cette fiche)

NOM : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____
Téléphone travail : _____ Numéro de poste : _____

NOM : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____
Téléphone travail : _____ Numéro de poste : _____

ENGAGEMENT DES REPRESENTANTS LEGAUX

Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant.....reconnais avoir pris connaissance des règlements des services périscolaires.
Je m'engage à les respecter et à les faire respecter à mon enfant.

Date : _____ Signature mère : _____ Signature père : _____