

**FICHE D'INSCRIPTION " ACCUEIL PERISCOLAIRE" 2018/2019**

NOM ..... PRENOM ..... DATE DE NAISSANCE .....

.....

.....

.....

NOM ET PRENOM DU PERE : ..... NOM ET PRENOM DE LA MERE : .....

ADRESSE : ..... ADRESSE : .....

N° TELEPHONE : ..... N° TELEPHONE : .....

N° DE PORTABLE : ..... N° DE PORTABLE : .....

N° TEL EMPLOYEUR : ..... N° TEL EMPLOYEUR : .....

Adresse mail : .....

Responsable(s) de l'enfant (en cas de divorce ou de séparation) : .....

FACTURATION à adresser: Père  Mère

N° DE SECURITE SOCIALE dont dépend(ent) votre(vos) enfant(s): .....

CPAM  MSA  AUTRE(préciser)

NOM DE LA CAF: .....

N° CAF(obligatoire) : .....

N° de téléphone et Nom de la personne à contacter en cas d'urgence : .....

En cas d'accident ou de maladie durant cet accueil, votre enfant devra-t-il être transporté :

Au centre hospitalier de ST CHAMOND OUI  NON

Autre : .....

Avez-vous signé un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) avec l'école : OUI  NON

Si OUI, Prénom de l'enfant : .....

Allergie(s) : .....

VACCINATIONS :

Veillez noter les dates des derniers rappels dans le tableau ci-dessous ou une photocopie du carnet de santé

Diphthérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
DTPolio			
Tétracoq			
Hépatite B			
Rubéole Oreillons Rougeole			
Coqueluche			
BCG			
Autres (à préciser)			

\*Personnes MAJEURES, ou frère et sœur(dès le collègue) autorisées à venir chercher le(s) enfants(s):

.....  
.....

\*J'autorise mon(mes) enfant(s).....à rentrer seul(s) après l'accueil périscolaire de.....heures.....

PHOTOS - VIDEOS :

J'autorise mon(mes) enfant(s) à être photographié(s) ou filmé(s) OUI  NON

\_\_\_\_\_

Je soussigné(e).....

Père ou mère ou responsable légale de(s) l'élève(s).....

.....

déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil Périscolaire de LA TERRASSE/DORLAY et autorise, par ailleurs, le gestionnaire du service à consulter CAFPRO.

Date :

Signature du Père ou de la Mère ou du représentant légal :