

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

**SERVICES PÉRISCOLAIRES : ACCUEIL MATIN, SOIR,
TEMPS MÉRIDIEEN, ÉTUDE, TRANSPORT**



A déposer en mairie avant le 10 juillet 2018

NOM, prénom de l'enfant :

Date de naissance :

École : Classe :

NOM DES PARENTS OU DU RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

M. & Mme / Mme / M.

Adresse complète

Domicile Mobile

Tél. travail

SITUATION FAMILIALE

Marié(e) – Divorcé(e) – Veuf(ve) – Célibataire – Concubin

Profession du père :

Profession de la mère :

Assurance complémentaire :

N° contrat :

RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Tél. :

Vaccinations (dates des rappels) : DT Polio

BCG

AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné

- autorise mon enfant à partir seul après l'étude surveillée ou l'accueil périscolaire

OUI

NON

- autorise la(les) personne(s) suivante(s) à venir chercher mon enfant :

M..... tél. :

M..... tél. :

DÉCLARATION DU CHEF DE FAMILLE

Je soussigné(e)

père / mère / tuteur / responsable de l'enfant, déclare :

- avoir pris connaissance du règlement intérieur correspondant
- autoriser mon enfant à participer à toutes les activités de l'accueil périscolaire
- autoriser les responsables de l'accueil périscolaire à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toute mesure d'urgence prescrite par le médecin.
- autoriser le service périscolaire à diffuser l'image de mon enfant sur différents supports (papier, numérique, web, audiovisuel).
- souhaiter, si l'état de l'enfant le nécessite, qu'il soit transporté
à l'hôpital de
à la clinique

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (allergies, traitement médical, port de lentilles, lunettes, prothèses dentaires, ...). Précisez.

.....
.....
.....

Fait à Saint-Pierre d'Irube/Hiriburu, le 2018.

Signature