ACCUEILS PERISCOLAIRES

DOCUMENT A COMPLETER EN MAJUSCULES)

Nom de l'enfant : ..... **Ecole:** .....

Prénom de l'enfant : ..... **Classe :** .....

Sexe : ❒ Féminin ❒ Masculin **Date de naissance :** |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Médecin traitant : .....

Certificat médical (en cours) : ❒ Oui ❒ Non Autorisation d'intervention médicale : ❒ Oui ❒ Non

Personnes à prévenir en cas d'accident	Personnes habilitées à récupérer l'enfant

Mail : .....@.....

Activation du Portail famille (pour paiement en ligne) : ☐ oui ☐ non

MERE / PERE / RESPONSABLE LEGAL (rayer les mentions inutiles) **:**

Nom : ..... **Prénom : .....** **Né le : .....**

Adresse : .....

Code postal : |__|__|__|__|__| Ville : .....

Tél. Domicile : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| Tél. Professionnel : |__|__| |__|__||__|__| |__|__| |__|__|

Tél. Portable : |__| |__| |__| |__| |__|

N° de sécu : |__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|__| |__|__|__| Clé : |__|__| Centre de sécu : .....

Employeur : ..... Profession : .....

CAF : ..... **N° CAF** : ..... **MSA ou autre régime** : ..... **N° :** .....

Quotient : .....

Sous tutelle financière : ..... Organisme de tutelle : .....

MERE / PERE / RESPONSABLE LEGAL (rayer les mentions inutiles) **:**

Nom : ..... **Prénom : .....** **Né le : .....**

Adresse : .....

Code postal : |__|__|__|__|__| Ville : ..... Quartier : .....

Tél. Domicile : |__|__| |__|__||__|__| |__|__| |__|__| Tél. Professionnel : |__|__| |__|__||__|__| |__|__| |__|__|

Tél. Portable : |__| |__||__| |__| |__|

N° de sécu : |__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|__| |__|__|__| Clé : |__|__| Centre de sécu : .....

Employeur : ..... Profession : .....

Observations (Régime particulier, …) : .....

Je soussigné(e) .....déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.
J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des centres.

Fait à : …….., le : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| Signature(s) :

Pièces à joindre :

O Photocopie avis d'imposition

O Vaccins