

DOSSIER DE PRE INSCRIPTION FAMILLE
Accueil périscolaires et extra scolaires

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Responsable légal 1 : Nom Prénom.....

Responsable légal 2 : Nom Prénom.....

Situation familiale : célibataire marié(e) divorcé(e) séparé(e) pacsé(e)
 Union libre

En cas de divorce ou séparation :

Autorité parentale de la mère Date du jugement des Affaires Familiales

Autorité parentale du père

Autorité parentale conjointe

	Père	Mère	Autre
Nom de famille / Nom de jeune fille			
Prénom			
Date de naissance			
Tél. domicile			
Tél. portable			
Profession			
Nom et adresse de l'employeur			
Tél. professionnel			
Adresse mail			

N° Allocataire CAF : N° SS père.....

Nom de la caisse d'assurance maladie : N° SS mère.....

Nom de Jeune Fille.....

Mutualité Sociale Agricole Exploitant Salarié N° MSA :

Nom et numéro de contrat de la compagnie d'assurance en responsabilité civile :

Pièces à fournir

Attestation d'assurance en responsabilité civile de l'année en cours,

Allocataires CAF ou Régime général : Notification de droits CAF (n° d'allocataire).

Allocataires MSA : Notification de ressources MSA si allocataires MSA (Quotient familial)

Ressortissants régimes spéciaux (S.N.C.F., EDF GDF, etc....) : copie Avis d'imposition

Copie des vaccins DTP POLIO de moins de cinq ans (carnet de santé), ou certificat de contre-indication pour les vaccinations (le cas échéant).

Certificat médical en cas d'allergie.

Projet d'Accueil Individualisé (PAI) le cas échéant.

FICHE ENFANT

Nom Prénom : Date de naissance :/...../..... Age : ans

Adresse : Garçon Fille

Domicile de l'enfant : Responsable légal 1 Responsable légal 2 Garde alternée

Autorisations

Partir seul oui non Hospitalisation oui non Lunettes oui non

Prise de photo oui non Appareil dentaire oui non appareil auditif oui non

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant (en dehors des responsables légaux)

Personne 1 : Nom..... Prénom..... Qualité

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Personne 2 : Nom..... Prénom..... Qualité

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Personne 3 : Nom..... Prénom..... Qualité

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Personne 4 : Nom..... Prénom..... Qualité

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Personne 5 : Nom..... Prénom..... Qualité

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Informations médicales

Vaccins

DT polio Fait le Rappel le

Maladies Coqueluche Scarlatine **Médecin traitant** :

Oreillons Varicelle **Tél.** :

Rougeole Rubéole

Autres (à préciser) :

Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.) oui non en cours

Allergie, préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication signaler)

.....

Informations complémentaires :

J'autorise le personnel municipal en charge de l'enfant à prendre, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaire par l'état de l'enfant

Nom du Responsable Date : Signature