

PERISCOLAIRE
43, grand'rue
57820 HENRIDORFF
tél : 03/87/03/36/13

Nom, prénom de l'enfant Né(e) le :
Adhésion le : Sexe : M F
Ecole : Enseignant : Classe
L'enfant sait-il nager ? OUI NON Piscine autorisée : OUI NON
Régime alimentaire : Date de dernière mise à jour de la fiche sanitaire.....
Allergies :
Recommandations des parents :

PARENTS DE L'ENFANT

	Mère	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Tél. Domicile/Portable :				
Courriel :				
N° Sécurité sociale :				
Catégorie socioprof. :				

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) :
N° Allocataire C.A.F. : Régime social :
C.A.F. d'appartenance : CAF DE LA MOSELLE Autre C.A.F. :
Revenu mensuel : Nbre Enfants à charge :
Famille : Parentale Monoparentale Recomposée Accueil

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

	Mère	Père
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire

Nom de la compagnie : N°Téléphone N°Contrat :

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités OUI NON

Si Non, nom de la ou des personnes susceptibles de venir chercher mon enfant

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant

Pendant les activités, j'autorise le personnel de la mairie à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives. OUI NON

J'autorise la mairie à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...) OUI NON

Médecin traitant Nom : Téléphone :

Adresse :

Fait à , le Signature :