



ACCUEIL PERISCOLAIRE CANTINE / ALP

FICHE DE RENSEIGNEMENTS



MATERNELLE : 04 67 32 27 79

PRIMAIRE : 04 67 36 17 41

ENFANT
NOM : **PRENOM** :
 Garçon Fille Né(e) le / / Age :
Lieu de naissance (commune et n° département) :
Niveau : **Professeur** :

PARENT 1	PARENT 2
NOM :	NOM :
PRENOM :	PRENOM :
Date de naissance : / /	Date de naissance : / /
Lieu de naissance :	Lieu de naissance :
ADRESSE postale :	ADRESSE postale :
.....
TEL FIXE : / / / /	TEL FIXE : / / / /
MOBILE : / / / /	MOBILE : / / / /
TEL TRAVAIL : / / / /	TEL TRAVAIL : / / / /
ADRESSE MAIL :	ADRESSE MAIL :
En activité professionnelle : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	En activité professionnelle : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Situation familiale des parents de l'enfant :
 Marié(e)s Vie maritale Divorcés Séparés Autre

OU RESPONSABLE LEGAL :
NOM : **PRENOM** :
ADRESSE :
N° DE TEL : FIXE : / / / / **MOBILE** : / / / /
MAIL :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

NOM PRENOM	TELEPHONE	ADRESSE

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM PRENOM	TEL	NOM PRENOM	TEL	NOM PRENOM	TEL

<p>PATHOLOGIES DIVERSES Et /ou <input type="checkbox"/> Traitement médical <u>Joindre un certificat médical</u> ou <u>Joindre obligatoirement le PAI</u></p>	<p><input type="checkbox"/> ALLERGIES ALIMENTAIRES <u>Joindre obligatoirement le PAI</u> <u>Et ou certificat médical</u></p>	<p>Régime alimentaire particulier : <input type="checkbox"/> Repas sans porc <input type="checkbox"/> Repas sans viande</p>
--	---	--

ACCUEIL DE LOISIRS PERISCOLAIRE THEZAN PLEIN AIR

DECHARGE PARENTALE

Je soussigné(e), responsable de l'enfant

Déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil périscolaire, à prendre le cas échéant toutes mesures rendues nécessaire par l'état de santé de l'enfant. (Traitements, hospitalisation)

Signature parents

Dans le cadre de l'accueil de loisirs en période scolaire, (périscolaire et cantine), nous sommes amenés tout au long de l'année à prendre des photos de votre enfant et de les diffuser dans les médias et multimédias.

De ce fait, veuillez nous indiquer votre choix :

J'autorise l'accueil de loisirs à photographier mon enfant OUI NON

Signature parents

REGIME GENERAL OUI NON

N° Sécurité sociale :

PIECES A JOINDRE LORS DE L'INSCRIPTION :

- Justificatif de domicile
- Attestation d'assurance périscolaire
- Un certificat médical « A jour des vaccins » ou photocopie vaccins du carnet de santé
- Attestation CAF (si vous souhaitez bénéficier de la facturation en fonction des revenus)
- Attestation MSA (si régime agricole)

N° Allocataire CAF ou MSA :

Autorisation CAF : (pour le calcul automatique de votre coefficient CAF)

J'autorise le régisseur et son adjoint à l'accès CAFPRO, le logiciel des aides de la Caisse d'Allocations Familiales

Je n'autorise pas le régisseur et son adjoint à l'accès CAFPRO, le logiciel des aides de la Caisse d'Allocations Famille

Les informations enregistrées sont réservées à l'usage unique de la mairie de Thézan les Béziers et du périscolaire. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant que vous pouvez exercer au service périscolaire, par mail ou courrier.

Cadre parents	Cadre réserver à la direction de l'ALP
Bon pour acceptation du règlement intérieur. Thézan les Béziers le..... Signatures parents	Bon pour accord Thézan les Béziers le..... La direction