



Oye-Plage

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SERVICES PERISCOLAIRES ET EXTRASCOLAIRES

- Année scolaire 2017-2018 -

ENFANT

Nom: _____ Prénom: _____ Sexe: M F
Né(e) le : / / _____ Lieu de naissance : _____
Ecole: Les NATICES Les DUNES D'OYE Les PETITS MOULINS L'ETOILE EXTERIEUR
Classe (niveau): _____ Nom de l'enseignant: _____

RESPONSABLES LEGAUX

Responsable légal: Père - Mère - Tuteur (entourer)

Nom: _____ Prénom: _____
Né(e) le : / / _____ Lieu de naissance : _____
Adresse: _____ Code postal: _____ Ville: _____
Facturer à cette adresse: Oui Non
Téléphone domicile: _____ Téléphone portable: _____
Téléphone travail: _____ E-mail: _____
Profession: _____ Employeur: _____
Situation familiale: _____ Autorité parentale: Oui Non
Quotient familial: _____ N° d'allocataire CAF: _____

Responsable légal: Père - Mère - Tuteur (entourer)

Nom: _____ Prénom: _____
Né(e) le : / / _____ Lieu de naissance : _____
Adresse: _____ Code postal: _____ Ville: _____
Facturer à cette adresse: Oui Non
Téléphone domicile: _____ Téléphone portable: _____
Téléphone travail: _____ E-mail: _____
Profession: _____ Employeur: _____
Situation familiale: _____ Autorité parentale: Oui Non
Quotient familial: _____ N° d'allocataire CAF: _____

MEDICAL

L'enfant doit-il suivre un traitement médical? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI)? Oui Non

Allergie: Oui Non Si oui, précisez: _____

Groupe sanguin: _____ Date du dernier rappel de vaccin contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la tuberculose (BCG): / /

Régime: Sécurité sociale MSA Autre: _____ N° sous lequel est affilié l'enfant: _____

Nom du médecin traitant :

Téléphone du médecin :

Personnes à contacter en cas d'urgence : Père Mère Autre Si autre, précisez :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Adresse :

Code postal :

Ville :

ASSURANCE :

Nom de la compagnie d'assurance :

N° de police :

AUTORISATIONS :

Personnes autorisées à reprendre l'enfant : Père Mère Autre Si autre, précisez :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Adresse :

Code postal :

Ville :

autorise (nt) mon enfant à rentrer seul (*uniquement pour les enfants âgés de plus de 9 ans*).

Dans ce cas, la responsabilité de la commune ne peut pas être engagée en cas d'incident.

autorise(nt), dans le cadre des activités scolaires, péri et extrascolaires, la prise de photographies de mon enfant ayant pour objectif la présentation des services par le biais du site internet de la commune ou de la gazette communale.

autorise (nt) mon enfant à participer aux sorties et animations organisées par les services péri et extrascolaires.

autorise (nt) mon enfant à être maquillé.

Date :

SIGNATURE(S) DU OU DES RESPONSABLE(S) LEGAL(LEGAUX) :

IMPORTANT

FICHE A RETOURNER EN MAIRIE
AU MINIMUM 15 JOURS AVANT LE 1^{ER} JOUR D'ACCUEIL
EN SERVICE PERI OU EXTRASCOLAIRE