

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS – Saint Alban de Montbel – Services périscolaires

### ELEVE

NOM : PRENOM : SEXE :  
Né(e) le : Lieu de naissance :  
INSCRIPTION EN CLASSE DE : NIVEAU :

---

### RESPONSABLES LEGAUX

RESPONSABLE 1 (à qui seront envoyées les factures)

NOM : PRENOM :  
ADRESSE :  
TEL PORTABLE : TEL TRAVAIL :  
EMAIL :  
PROFESSION : EMPLOYEUR :  
SITUATION FAMILIALE : AUTORITE PARENTALE :  OUI  NON  
QUOTIENT FAMILIAL : N° ALLOCATAIRE CAF :

---

RESPONSABLE 2

NOM : PRENOM :  
ADRESSE :  
TEL PORTABLE : TEL TRAVAIL :  
EMAIL :  
PROFESSION : EMPLOYEUR :  
SITUATION FAMILIALE : AUTORITE PARENTALE :  OUI  NON

---

### MEDICAL

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

RESPONSABLE 1  RESPONSABLE 2  AUTRE

SI AUTRE NOM : PRENOM :  
ADRESSE :  
TEL :

Régime Social  Sécurité Sociale  MSA  Autre

NOM DU MEDECIN : TEL MEDECIN :

Groupe sanguin : Dernier vaccin tétanos : \_\_/\_\_/\_\_

ALLERGIES :

---

### SORTIE

**PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE L' ENFANT A SA SORTIE :**

RESPONSABLE 1  RESPONSABLE 2  AUTRE

SI AUTRE : NOM : PRENOM :

ADRESSE :

TEL :

COMPAGNIE D'ASSURANCE :

J'AUTORISE LE FAIT QUE MON ENFANT SOIT PHOTOGRAPHIE (E) OU FILME (E) DANS LE CADRE DES ACTIVITES SCOLAIRES

---

### AUTRES INFORMATIONS

**CANTINE/GARDERIE**

L'ENFANT MANGERA A LA CANTINE :  OUI  NON

Si possible nous indiquer quels jours de la semaine :

L'ENFANT A UN REGIME SPECIAL SANS VIANDE :  OUI  NON

L'ENFANT IRA A LA GARDERIE DU MATIN :  OUI  NON

Si possible nous indiquer quels jours de la semaine :

L'ENFANT IRA A LA GARDERIE DU SOIR :  OUI  NON

Si oui de  16h30 – 18h00  16h30 -18h30

Si possible nous indiquer quels jours de la semaine :