

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

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 :

AUTRES INFORMATIONS :