





Fiche INSCRIPTION CANTINE - ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

1 fiche à compléter par enfant

NOM de l'enfant	PRENOM	Date de naissance	CLASSE
Ecole : <input type="checkbox"/> PUBLIQUE <input type="checkbox"/> PRIVEE St Joseph			

RESPONSABLE 1		RESPONSABLE 2	
NOM	Prénom	NOM	Prénom
Profession		Profession	
Adresse		Adresse	
Complément		Complément	
CP	Ville	CP	Ville
	①		①
Mail* : _____ @ _____ . _____		Mail* : _____ @ _____ . _____	
Caisse : <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA - n°allocataire* : _____		Quotient familial : _____ Nb enfants à charge : _____	
<input type="checkbox"/> n'autorisent pas la consultation des données CDAP (données de la CAF)			

Souhaite régler par PRELEVEMENT AUTOMATIQUE OUI (joindre RIB si changement) NON

PARENT SÉPARÉ (Garde Alternée)

(En cas de garde alternée, cette fiche doit être impérativement complétée et signée par chaque parent pour sa mise en place.)

PÈRE MÈRE

semaine impaire Semaine paire

<p><u>CANTINE :</u></p> <p><i>Les réservations se font uniquement via le portail</i></p> <p><input type="checkbox"/> N'utilisera pas le service cantine</p>	<p><u>ACCUEIL PERISCOLAIRE</u></p> <p><i>Les réservations se font uniquement via le portail</i></p> <p><input type="checkbox"/> N'utilisera pas le service accueil périscolaire</p>
--	--

J'atteste avoir pris connaissance des règlements intérieurs cantine accueil périscolaire.

Date : _____ Signature : _____

Fiche de liaison santé

	A préciser
Asthme	
Contre-indications alimentaires	
Contre-indications médicamenteuses	
Autres : PAI	

En cas d'accident : Je soussigné(e) _____

Père, mère, tuteur légal de l'enfant : _____

Autorise la personne assurant la surveillance, à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.

Nom et numéro de téléphone du médecin de famille : _____

Lieu d'hospitalisation souhaité _____ ville _____

Autorisation de sortie

Monsieur ou/et Madame _____ autorise mon enfant : Nom _____ Prénom _____

★ A rentrer seul : OUI NON

★ Si non, à rentrer avec :

Nommer ci-dessous toutes les personnes autorisées et liens (amis, parents, frères, sœur)

_____ Tél : _____ Lien : _____

_____ Tél : _____ Lien : _____

_____ Tél : _____ Lien : _____

_____ Tél : _____ Lien : _____

Autorisation d'image

Monsieur ou/et Madame _____

autorise n'autorise pas

que mon enfant (nom - prénom) _____ soit photographié.

Date : _____

Signature :

