

Votre enfant fréquentera l'accueil  Périscolaire et/ou le  Mercredi (cocher la/les case(s))

<b>NOM</b>		Instituteur/trice 2022/2023 : .....	
<b>Prénom</b>		Classe (2022/2023) :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Né(e) le</b>		<b>DIFFICULTES DE SANTE A SIGNALER</b>	
<b>Ecole</b>		<b>Allergies</b> : <input type="checkbox"/> Alimentaires ..... <input type="checkbox"/> Médicamenteuses .....	
<b>VACCINATIONS</b>		<b>Maladies</b> : .....	
		<b>Autres</b> : .....	
<b>D. T. Polio</b>		/ /	
<b>R.O.R</b>		/ /	
<b>RECOMMANDATIONS ALIMENTAIRES</b>		<b>MEDECIN TRAITANT</b>	
<input type="checkbox"/> Sans <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> P.A.I. <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> Sans poisson <input type="checkbox"/> Autre : .....		Nom : ..... ☎ : / / / /	
<b>RESPONSABLE LEGAL</b>		<input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Autre : .....	
<b>Nom</b>			
<b>Prénom</b>			
<b>Adresse</b>			
☎ fixe			
☎ portable			
<b>Mail (du destinataire facture)</b>		@	
<b>Profession</b>			
<b>Employeur</b>			
☎ employeur			
<b>Date de Naissance</b>			
<b>N° sécurité sociale</b>			
<b>Situation familiale</b>		<input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcés <input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/> Séparés <input type="checkbox"/> Veuf/Veuve <input type="checkbox"/> Vie Maritale	
<b>Régime allocataire (CAF, MSA, CMAF, ERDF...)</b>		Régime <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre ..... N° Allocataire : .....	
		Régime <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre ..... N° Allocataire : .....	
<b>AUTORISATIONS PARENTALES</b>			
Je soussigné(e) _____ responsable légal de _____			
• autorise (cocher la/les case(s) ci-dessous) : <input type="checkbox"/> mon enfant à participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs sauf : ..... <input type="checkbox"/> le responsable de l'accueil de loisirs à prendre toutes mesures médicales ou chirurgicales reconnues nécessaires par l'état de santé de mon enfant (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) <input type="checkbox"/> le centre social à utiliser pour ses publications, ses expositions, tous documents photo, vidéo sur lesquels les membres de ma famille et moi-même peuvent être présents <input type="checkbox"/> mon enfant à quitter l'accueil de loisirs seul à partir de : ..... <input type="checkbox"/> mon enfant à quitter l'accueil de loisirs accompagné par : Nom : ..... Prénom : ..... ☎ : / / / / Nom : ..... Prénom : ..... ☎ : / / / / Nom : ..... Prénom : ..... ☎ : / / / /			
• déclare (cocher les cases) : <input type="checkbox"/> avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils de loisirs et périscolaires. <input type="checkbox"/> autoriser la structure à saisir mes informations personnelles et médicales.			
Fait à La Rochelle, le		<b>Signature du ou des responsables légaux :</b>	