

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2018/2019 (une seule fiche par famille)**

Nous prévenir en cas de changement en cours d'année

A compléter par une croix

NOM	PRENOM	SEXE F/M	DATE ET LIEU DE NAISSANCE	CLASSE	CANTINE	PERI SCOLAIRE	ACCUEIL DE LOISIRS DU MERCREDI

**Nom, prénom du père :** .....  
**Adresse :** .....  
**Mail :** .....  
**Tél domicile :** ..... **Portable :** ..... **Travail :** .....  
**Adresse employeur :** .....

**Nom, prénom de la mère :** .....  
**Adresse :** .....  
**Mail :** .....  
**Tél domicile :** ..... **Portable :** ..... **Travail :** .....  
**Adresse employeur :** .....

**Adresse de facturation (la facture sera adressée à l'allocataire CAF) :**  Père  Mère  
 Famille d'accueil  
 Autre adresse (à préciser) : .....

**Indiquer si l'un des parents n'a plus l'autorité parentale :**  Père  Mère

 **N° allocataire CAF** ..... **Quotient Familial :** .....

**Fournir impérativement le justificatif de votre quotient familial adressé par la CAF.**  
**Pour les familles qui ne fourniraient pas ce justificatif, le tarif le plus élevé sera appliqué.**

**Autres contacts possible en cas de problème (voisin, ami)**  
**Nom et téléphone:** .....  
 .....  
 .....

**Assurance souscrite :** ..... **N° de police :** .....

**AUTORISATION PARENTALE**

**La partie ci-dessous est à compléter pour les enfants qui fréquentent le périscolaire du soir et l'accueil de loisirs du mercredi matin**

Je soussigné(e), (Nom, Prénom) .....  
 agissant en tant que Père, Mère, Tuteur de(s) enfant(s) (*rayez la mention inutile*) autorise mon (mes) enfant(s) :

- à partir seul(s) **du périscolaire ou de l'accueil de loisirs du mercredi matin** pour rentrer au domicile familial
- à partir avec les personnes autorisées ci-dessous (**obligatoire pour les maternelles**) :

Nom et Prénom	Lien de parenté	Téléphone



**AUTORISATION PARENTALE D'INTERVENTION MEDICALE OU CHIRURGICALE**

*Pour les familles qui ont plusieurs enfants, préciser le prénom si les informations à fournir ci-dessous sont différentes.*

Je soussigné(e), .....agissant en tant que père, mère, tuteur (rayer la mention inutile)

**AUTORISE**

- Le praticien à pratiquer tout examen médical ou chirurgical nécessaire à l'établissement du diagnostic, et toute intervention chirurgicale y compris avec phase d'anesthésie-réanimation que nécessiterait l'état de santé de mon enfant.
- Si l'état de mon enfant ne justifie pas le transfert par le SAMU (Centre 15) ou les pompiers (Centre 18), j'autorise son transfert à mes frais par une ambulance si je ne peux aller le chercher moi-même.
- Je m'engage, si son état le permet, à venir chercher mon enfant au moment de la sortie de l'hôpital.

J'atteste que mon (mes) enfant(s) est(sont) à jour de ses (leurs) vaccinations.

Noter la date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

.....  
.....

Nom et téléphone du médecin suivant le/les enfant(s) : .....

Organisme et n° de sécurité sociale qui couvre le/les enfant(s) :

.....

Indiquer ici les problèmes éventuels de santé (allergies...) :

.....  
.....

*(fournir un certificat médical)*

**Pour la cantine** : Accueil classique

Régime sans porc

Autres (préciser).....

Je reconnais avoir pris connaissance des règlements (cantine, périscolaire et accueil de loisirs)

A Autrans-Méaudre en Vercors, le .....

Signature obligatoire des parents :