

Accueil périscolaire  Restauration scolaire  Accueil de loisirs  Accueil périscolaire du mercredi

**Documents à fournir pour la validation de votre dossier :**

- Attestation d'assurance
- Copie des vaccins de votre enfant
- Numéro allocataire CAF

Nom de l'enfant : ..... Ecole : .....

Prénom de l'enfant : ..... Classe : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Sexe :  Garçon  Fille

Type de repas : ..... Droit à l'image :  Oui  Non

Mutuelle : ..... Assurance : .....

Autorisation d'intervention médicale :  Oui  Non

Lieu d'hospitalisation : .....

**Personnes à prévenir en cas d'accident :**

Nom	Prénom	Lien de parenté	Téléphone

**Personnes majeures autorisées à récupérer l'enfant :**

Nom	Prénom	Lien de parenté	Téléphone

Nom du responsable : ..... Civilité : ..... Né(e) le ..... / ..... / .....

Prénom du responsable : .....

Situation familiale : célibataire marié(e) veuf(ve) vie maritale divorcé(e)

séparé(e) pacsé(e) **En cas de séparation des parents, merci de fournir une copie du jugement.**

Adresse : .....

Ville : ..... Quartier : .....

Téléphone \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Téléphone professionnel : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Email : .....

Employeur : ..... Profession : .....

N° de sécurité sociale : ..... Centre de sécurité sociale : .....

CAF : ..... N° CAF : ..... Autre régime : .....

Quotient organisme : .....

Sous tutelle financière : ..... Organisme tutelle : .....

**PERE :**

Nom ..... Prénom : ..... Né le ..... / ..... / .....

Email : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Quartier : .....

Téléphone \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Téléphone professionnel : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Employeur : ..... Profession : .....

N° de sécurité sociale : ..... Centre de sécurité sociale : .....

**MERE :**

Nom ..... Prénom : ..... Née le ..... / ..... / .....

Email : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Quartier : .....

Téléphone \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Téléphone professionnel : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Employeur : ..... Profession : .....

N° de sécurité sociale : ..... Centre de sécurité sociale : .....

Je soussigné ..... déclare exacts les renseignements ci-dessus.

Fait à ..... Le .....

Signature :