

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS SERVICES PERISCOLAIRES

### ELEVE

Nom : Prénom : Sexe :  
Né(e) le : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Lieu de naissance :  
Inscription en classe de :

### RESPONSABLES LEGAUX

Responsable légal : Père – Mère – Tuteur

Nom : Prénom :  
Adresse :  
 Facturer à cette adresse  
Téléphone domicile : Portable : Téléphone travail :  
Situation familiale : autorité parentale :  oui  non  
Email :

Autre responsable légal : Père – Mère – Tuteur

Nom : Prénom :  
Adresse :  
 Facturer à cette adresse  
Téléphone domicile : Portable : Téléphone travail :  
Situation familiale : autorité parentale :  oui  non  
Email :

### MEDICAL

Personnes à contacter en cas d'urgence (les parents seront toujours contactés en priorité)

NOM Prénom -	NOM Prénom -	NOM Prénom -
Téléphone -	Téléphone -	Téléphone -
Lien avec l'enfant -	Lien avec l'enfant -	Lien avec l'enfant -

Médecin : tel Médecin

Allergie alimentaire :  
 Difficulté de santé :

### SORTIE

Personnes autorisées à prendre l'enfant à la sortie (autres que les parents)

NOM Prénom -	NOM Prénom -	NOM Prénom -
Téléphone -	Téléphone -	Téléphone -
Lien avec l'enfant -	Lien avec l'enfant -	Lien avec l'enfant -

J'autorise le fait que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre des activités scolaires

## FICHE D'INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES

### ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Ecole : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

### SERVICES PERISCOLAIRES

CANTINE

Régulier

L	M	J	V

Sur planning

GARDERIE

Régulier

	L	M	J	V
Matin				
Soir				

Occasionnel

TRANSPORT  
SCOLAIRE

Régulier

	L	M	J	V
Matin				
Soir				

Occasionnel

Commune de ramassage : \_\_\_\_\_

### FACTURATION

MOYEN DE PAIEMENT :  à réception de facture  
SEPA et

Prélèvement automatique (remplir un mandat  
fournir un RIB)

REGIME SOCIAL DE L'ENFANT :

**Attention** : si le régime social et le numéro d'affiliation ne sont pas renseignés, la tranche tarifaire la plus haute sera appliquée.

Général  
N° allocataire CAF

MSA  
N° SS

AUTRE  
N° allocataire

--- -- ---

-----

-----

(Joindre impérativement l'attestation  
Quotient Familial délivrée par la MSA)

(Joindre impérativement l'attestation  
Quotient Familial délivrée par votre caisse)

### ATTESTATIONS

Je soussigné(e) .....  père  mère  tuteur de l'enfant ci-dessus mentionné

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable services périscolaires à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des services périscolaires et accepte l'ensemble de ses clauses.
- Droit à l'image : **autorise – n'autorise pas** \* la responsable des services périscolaires, à effectuer des prises de vue de mon enfant dans le cadre de ses activités. Ces images pourront être utilisées sur tous supports (écrits, électronique, audio-visuel, internet) de la Communauté de Communes des Paysages de la Champagne, sans limitation de durée et dans le respect de chacun.

\*Barrer la mention inutile

A..... le .....