

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS  
SERVICES PÉRISCOLAIRES**
**ÉLÈVE**

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : F  M   
 Né(e) le : ..... Lieu de naissance : .....  
 Inscription en classe de : .....

**RESPONSABLES LÉGAUX**

Responsable légal : Parent 1  Parent 2  Tuteur   
 Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Facturer à cette adresse  
 Tél domicile : ..... Portable : ..... Tél travail : .....  
 Situation familiale : ..... Autorité parentale : Oui  Non   
 Email : .....

Autre responsable légal : Parent 1  Parent 2  Tuteur   
 Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Facturer à cette adresse  
 Tél domicile : ..... Portable : ..... Tél travail : .....  
 Situation familiale : ..... Autorité parentale : Oui  Non   
 Email : .....

**MÉDICAL**

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 : ..... Tél 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

**ENFANT**

Nom : .....  
Ecole : .....

Prénom : .....  
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

Prélèvement automatique (remplir un mandat SEPA et fournir un RIB)

RÉGIME 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)

Facturation 1 semaine sur 2 (pour enfants en garde alternée)  
Dans ce cas, chaque parent doit faire un dossier d'inscription.

semaine paire

semaine impaire

**ATTESTATIONS**

Je soussigné(e) ..... Mère  Père  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.

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