

**Nom et Prénom(s) de l'enfant:** \_\_\_\_\_

**Né(e) le :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ , à (Ville) \_\_\_\_\_ , (N° Dépt.) \_\_\_\_ , (Pays) \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Personnes responsables de l'enfant:**

**Représentant.e légal.e 1: Nom:** \_\_\_\_\_ **Prénom:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Téléphone: Fixe:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Portable 1:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Portable 2:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ **Lien avec l'enfant:** \_\_\_\_\_

**Profession:** \_\_\_\_\_ **Employeur:** \_\_\_\_\_ **Téléphone:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Représentant.e légal.e 2: Nom:** \_\_\_\_\_ **Prénom:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Téléphone: Fixe:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Portable 1:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Portable 2:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ **Lien avec l'enfant:** \_\_\_\_\_

**Profession:** \_\_\_\_\_ **Employeur:** \_\_\_\_\_ **Téléphone:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Autre représentant légal: Nom:** \_\_\_\_\_ **Prénom:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_ **Lien avec l'enfant:** \_\_\_\_\_

**Téléphone:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Autres personnes à contacter en cas d'urgence et/ou autorisées à venir chercher l'enfant en cas de besoin:**

**Nom:** \_\_\_\_\_ **Prénom:** \_\_\_\_\_ **Lien avec l'enfant:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_ **Téléphone:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Nom:** \_\_\_\_\_ **Prénom:** \_\_\_\_\_ **Lien avec l'enfant:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_ **Téléphone:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**L'enfant présente-t-il une allergie:** oui non **A-t-il un traitement médical:** oui non

Si oui laquelle: \_\_\_\_\_ Si oui lequel: \_\_\_\_\_

**Un Plan d'Accueil Individualisé ( P.A.I ) a-t-il été établi ?** oui non

**Observations complémentaires (santé ou renseignements divers):** \_\_\_\_\_

**ACCUEIL PÉRISCOLAIRE** Vous avez le choix entre deux modes de présence: hebdomadaire ou occasionnel

<input type="radio"/> <b>Mode FORFAIT HEBDOMADAIRE</b> (Minimum 2 garderies par semaine pour une présence régulière)		lundi	mardi	jeudi	vendredi
Accueil matin	7h30-8h30				
Accueil soir	16h-18h30				
<input type="radio"/> <b>Mode OCCASIONNEL si votre enfant ne viendra pas régulièrement à la garderie</b>					

**RESTAURATION SCOLAIRE**

Si votre enfant mangera régulièrement à la cantine toute l'année, veuillez cocher les jours de présence ci-dessous:

lundi <input type="radio"/>	mardi <input type="radio"/>	jeudi <input type="radio"/>	vendredi <input type="radio"/>
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

Si votre enfant ne mangera pas régulièrement à la cantine, veuillez cocher la case suivante:

**FACTURATION / ALLOCATION FAMILIALE**

Adresse de facturation si différente du ou des représentants légaux :

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CAF : N° d'allocataire obligatoire : \_\_\_\_\_  RSA ( Fournir obligatoirement l'attestation)

MSA: N° d'allocataire obligatoire : \_\_\_\_\_ → Fournir la dernière attestation d'allocation MSA

Autre régime spécifique N° : \_\_\_\_\_

**ASSURANCE SCOLAIRE 2025-2026**

Assureur: \_\_\_\_\_ N° du contrat d'assurance: \_\_\_\_\_

**AUTORISATIONS**

- J'autorise le responsable de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident.
- J'autorise mon enfant à quitter seul l'école après la classe.
- J'autorise mon enfant à figurer le cas échéant sur des images( photos, films...) faites et utilisées strictement dans le cadre des activités des accueils périscolaires.
- Je déclare sur l'honneur les informations inscrites sur cette fiche et avoir pris connaissance des différents règlements.

Fait à : \_\_\_\_\_, Le \_\_\_\_\_ Signature du ou des responsables légaux