 

**CHATEL SUR MOSELLE**

**Les Zébulons**j0287339

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS MATERNELLE ET ELEMENTAIRE**

**POUR LES ACTIVITES EXTRA ET PERI SCOLAIRES**

**Nom de l’enfant …………………………………………………….**

**Prénom de l’enfant ………………………………………………….**

**Date et lieu de naissance …………………………………………...**

**Adresse : …………………………………………… ………………..**

**…………………………………………………………………………**

**Classe ………………**



|  |  |
| --- | --- |
| **LE PERE (ou tuteur)**  Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Prénom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Adresse\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Code Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tél \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Profession \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Adresse et Téléphone professionnel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **LA MÈRE (ou tutrice)**  Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Prénom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Adresse\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Code Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tél \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Profession \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Adresse et Téléphone professionnel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

N° allocataire **CAF OBLIGATOIRE**…………………….

**CADRE RESERVE AU SERVICE**

Inscription pour:

* Périscolaire cantine - garderie
* Vacances de la toussaint
* Vacances de février
* Vacances d’avril
* Vacances de Juillet
  + Première semaine
  + Deuxième semaine
  + Troisième semaine
* Vacances d’août
  + Première semaine
  + Deuxième semaine
  + Troisième semaine

|  |
| --- |
| **Vaccins : Joindre obligatoirement une attestation du médecin ou la copie du carnet de vaccinations.** Si l’enfant n’a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.  􀁰**L’enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?**  Rubéole : Oui □Varicelle : Oui □Oreillons : Oui □  Scarlatine : Oui □Coqueluche : Oui □Rougeole : Oui □  Otite : Oui □Angine : Oui □  **L’enfant porte-t-il :**  Des Lunettes oui □ non □  Un appareil d’orthodontie oui □ non □  Des Prothèses auditives oui □ non □  **Antécédents médicaux ou chirurgicaux** considérés comme susceptibles d’avoir de répercussions sur l’accueil de votre enfant aux activités périscolaires :  ………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………….  􀁱**L’enfant suit-il un traitement médical ?** Oui □Non □Si oui lequel……………………………………….  Joi ………………………………………………………………………………………………………………………  􀁲**L’enfant est-il allergique ?**  A des médicaments : Oui □  Asthme : Oui □  A certains aliments : Oui □  Autres : Oui □Préciser la cause de l’allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………….  Nom du Médecin traitant …………………………………………Téléphone **…………………………….**  **Observations :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………** |

Nous vous informons que l’assurance responsabilité civile est obligatoire

et à la charge des familles

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Autre personne autorisée à récupérer l’enfant ou à contacter en cas de besoin* | | |
| NOM Prénom | Qualité | Téléphone |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Pouvons-nous le maquiller lors de fêtes qui seraient organisées ? □ OUI □ NON

Est-il malade en car ? □ OUI □ NON

Sait-il nager ? □ OUI □ NON

***Signature du responsable***